

Aikuisena ADHD-diagnoosin saaneiden naisten lapsuusajan käyttäytymiseen liittyvät oireet ja oireiden tunnistaminen

Helsingin yliopisto
Kasvatustieteiden maisteriohjelma
Eryityspedagogiikan opintosuunta
Pro gradu -tutkielma 30op
Kasvatustiede
Lokakuu 2020
Venla Ylikopsa

Ohjaaja: Pirjo Aunio

Tiedekunta - Fakultet - Faculty Kasvatustieteellinen tiedekunta, Kasvatustieteiden maisteriohjelma		
Tekijä - Författare - Author Venla Ylikopsa		
Työn nimi - Arbetets titel Aikuisena ADHD-diagnoosin saaneiden naisten lapsuusajan käyttäytymiseen liittyvät oireet ja oireiden tunnistaminen		
Title Childhood behavioral symptoms and identification of symptoms in women diagnosed with ADHD as adults		
Oppiaine - Läroämne - Subject Erityispedagogiikka		
Työn laji/ Ohjaaja - Arbetets art/Handledare - Level/Instructor Pro gradu -tutkielma / Pirjo Aunio	Aika - Datum - Month and year Lokakuu 2020	Sivumäärä - Sidoantal - Number of pages 44 s + 6 liites.
Tiivistelmä - Referat - Abstract <p>Tavoitteet. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö eli ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) on kehityksellinen neuropsykiatrinen häiriö. Tutkielman tarkoituksena oli selvittää, mitä käyttäytymispiirteitä aikuisena ADHD-diagnosoituneet naiset tunnistavat ilmenneen lapsena ennen murrosikää, mitä oireita ilmoitettiin ilmenneen yhdessä ja sopivatko ilmoitetut oireet terveydenhuollon käyttämiin diagnoosikriteereihin. Lisäksi tavoite oli selvittää, mitkä olivat yleisimmät syyt hakeutua aikuisena ADHD-tutkimuksiin. Hoitamattoman ADHD:n on todettu olevan yhteydessä masennukseen, koulutuksesta syrjäytymiseen ja lisäävän riskiä päihteiden käytölle. Varhainen tunnistaminen ja tukitoimien oikea kohdentaminen vähentää terveysriskejä ja parantaa elämänlaatua.</p> <p>Menetelmät. Tutkielman aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella, jonka ADHD-liitto julkaisi sosiaalisessa mediassa Facebook-sivullaan huhtikuussa 2020. Lomake laadittiin teorialähtöisesti tätä tutkielmaa varten Helsingin yliopiston E-lomake -ohjelmalla. Tutkittavat (n = 360) olivat aikuisikäisenä ADHD-diagnosoituja 20–50-vuotiaita naisia, jotka retrospektiivisesti arvioivat omia lapsuusaikaisia ADHD-oireitaan. Aineiston analysoinnissa käytettiin määrällisiä menetelmiä, ja se toteutettiin IBM SPSS Statistics 25 -ohjelmalla.</p> <p>Tulokset ja johtopäätökset. Yleisimmin raportoidut ADHD-oireet käsittivät tarkkaavuuden säätelyä, epäjärjestelmällisyyttä, pienimuotoista motorista levottomuutta sekä emotionaalista ja verbaalista impulsiivisuutta. Yleisimmin raportoituja oireita raportoitiin ilmenneen yhdessä, mutta yhteisesiintyvyydestä tarkastelussa oli joidenkin oireiden osalta havaittavissa myös suurta vaihtelua. Yhdestätoista yleisimmin ilmoitetuista oireesta vain kolme oli suoraan yhdistettävissä käytössä oleviin diagnoosikriteereihin. Yleisimmät syyt aikuisena ADHD-tutkimuksiin hakeutumiseen olivat omien oireiden tunnistaminen, aikaisemmin diagnosoitu masennus sekä läheisiltä saadun palautteen vuoksi. Tämän tutkielman perusteella käytössä olevat diagnoosikriteerit eivät kata riittävästi tyttöjen ADHD-oireiden ilmenemisen ulottuvuuksia, joista ylikeskittymiseen rinnastettava uppoutuminen leikkeihin ajantajun menettäen sekä yksityiskohtiin tarkertuminen olivat yleisimpien oireiden joukossa. Tulokset ovat yhdenmukaisia aikaisemman tutkimustiedon kanssa; diagnoosikriteerit perustuvat ADHD-pojista saatuihin tutkimustietoihin.</p>		
Avainsanat - Nyckelord ADHD, aikuinen, diagnoosikriteerit, masennus, oireet, tyttöjen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, varhainen tunnistaminen		
Säilytyspaikka - Förvaringsställe - Where deposited Helsingin yliopiston kirjasto – Helda / E-thesis (opinnäytteet)		
Muita tietoja - Övriga uppgifter - Additional information		



Tiedekunta - Fakultet - Faculty Educational Sciences		
Tekijä - Författare - Author Venla Ylikopsa		
Työn nimi - Arbetets titel Aikuisena ADHD-diagnoosin saaneiden naisten lapsuusajan käyttäytymiseen liittyvät oireet ja oireiden tunnistaminen		
Title Childhood behavioral symptoms and identification of symptoms in women diagnosed with ADHD as adults		
Oppiaine - Läroämne - Subject Special Education		
Työn laji/ Ohjaaja - Arbetets art/Handledare - Level/Instructor Master's Thesis / Pirjo Aunio	Aika - Month and year October 2020	Sivumäärä - Number of pages 44 pp. + 6 appendices
<p>Tiivistelmä - Referat - Abstract</p> <p>Objective. Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is developmental neurobiological disability. The aim of the current study was to examine what symptoms women diagnosed as adults with ADHD recognize emerged in their childhood before puberty, which symptoms were reported to manifest together and whether the reported symptoms fit the diagnostic criteria used by health care. In addition, the aim was to find out which were the most common reasons to apply for support as an adult. Untreated ADHD has been found to be associated with depression, exclusion from education, and an increased risk of substance use. Early identification and proper targeting of support measures can reduce health risks and improve quality of life.</p> <p>Method. The data were collected through the online survey, that the Finnish ADHD Association published on social media carried on the social network service Facebook in April 2020. The questionnaire was made based on previous research for this study, and was created with the E-lomake -program of the University of Helsinki. The participants (n = 360) were women diagnosed with ADHD in adulthood, aged 20 to 50 years, who retrospectively assessed their own ADHD symptoms in childhood. The data thus gathered was analysed using statistical methods in the IBM SPSS Statistics 25 -program.</p> <p>Results and conclusions. The most commonly reported symptoms of ADHD included attentional regulation, systemicity, minor motor restlessness, and emotional and verbal impulsivity. The most common symptoms were reported to be co-occurring, but the review of also showed large variability for some symptoms. Of the eleven most commonly reported symptoms, only three were directly related to the diagnostic criteria in use. The most common reasons for applying assessment of ADHD as an adult were the identification of one's own symptoms, previously diagnosed depression, and feedback from close relatives. Based on this thesis, the diagnostic criteria in use do not adequately cover the dimensions of girls' ADHD symptoms are expressed. Two of the common symptoms were absorption in games intense and losing sense of time, that is comparable to with hyperfocusing, and clinging to details. The results are consistent with previous research data; the diagnostic criteria are based on research data obtained from boys with ADHD.</p>		
Avainsanat - Nyckelord ADHD, aikuinen, diagnosikriteerit, masennus, oireet, tyttöjen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, varhainen tunnistaminen		
Keywords ADHD, adult, depression, diagnostic criteria, early identification, girls' attention deficit/hyperactivity disorder, symptoms		
Säilytyspaikka - Förvaringsställe - Where deposited Helsinki University Library – Helda / E-thesis (theses)		
Muita tietoja - Övriga uppgifter - Additional information		

Sisällys

1	JOHDANTO	1
1.1	ADHD:n oirekuvaus	2
1.1.1	Toiminnanohjaus.....	2
1.1.2	Tarkkaavuus.....	3
1.1.3	Hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus	3
1.2	Diagnostiset kriteerit	4
1.2.1	Diagnostiikan apuna käytettäviä tutkimuksia ja menetelmiä.....	6
1.3	Tyttöjen ADHD:n tunnistamisen vaikeudet.....	11
1.4	Aikuisena hoitoon hakeutuminen ja diagnosointi	12
1.5	Tutkielman tarkoitus.....	13
2	TUTKIELMAN TOTEUTUS	14
2.1	Tutkittavat	14
2.2	Menetelmä	16
2.3	Analyysi.....	18
3	TULOKSET	20
3.1	Yleisimmin ilmenneet ADHD-oireet.....	20
3.2	Oireiden yhteisesiintyvyys	22
3.3	Yleisimmät oireet suhteutettuna diagnoosikriteereihin	27
3.4	Yleisimmät syyt hakeutua ADHD-tutkimuksiin	28
4	POHDINTA	30
4.1	Tutkielman rajoitukset.....	32
4.2	Johtopäätökset.....	33
	LÄHTEET	36
	LIITTEET	45

TAULUKOT

Taulukko 1. ICD-10 ja DSM-5 diagnostiset kriteerit.	5
Taulukko 2. Diagnostiikan apuna käytettäviä tutkimuksia ja menetelmiä.....	7
Taulukko 3. Vastaajien ammattiryhmien jakauma.	15
Taulukko 4. Lomakkeen ensimmäisten kysymysten teoriaperusta.	16
Taulukko 5. Muuttujien väliset yhteydet.	24
Taulukko 6. Yleisimpien oireiden yhteisesiintyvyyksien %-osuudet.....	25
Taulukko 7. Yleisimmät oireet suhteutettuna diagnoosikriteereihin	27

KUVAT

Kuva 1. Vastaajien ilmoittama koulutusaste.....	15
Kuva 2. Yleisimmin ilmenneet oireet.....	20
Kuva 3. Oireet, joiden ilmenemisessä oli suurimmat hajonnat.....	21
Kuva 4. "En osaa sanoa" ja puuttuvien vastausten prosenttiosuus lomakkeen kysymysjärjestyksessä.....	22
Kuva 5. Tehtävänannon lukematta jättämisen tilastollisesti erittäin merkitsevät ($p < ,0005$) yhteydet muihin käyttäytymispiirteisiin.....	23
Kuva 6. Tilanteeseen nähden sopimattomalla tavalla juoksentelun, roikkumisen tai kiipeilyn tilastollisesti erittäin merkitsevät ($p < ,0005$) yhteydet muihin käyttäytymispiirteisiin	26
Kuva 7. ADHD-tutkimuksiin hakeutumisen syyt.....	28

1 Johdanto

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö ADHD (attention-deficit hyperactivity disorder) on kehityksellinen neuropsykiatrinen häiriö, jonka keskeisimmät piirteet ovat ikä- ja kehitystasosta poikkeava aktiivisuuden säätelyn vaikeus, impulsiivisuus ja tarkkaamattomuus (American Psychiatric Association, 2015; Närhi, Karhu, Klenberg, Paananen & Puustjärvi, 2019). Maailmanlaajuisesti ADHD on yksi yleisimmistä ja tutkituimmista kehityksellisistä häiriöistä (Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003). Arviot häiriön esiintyvyydestä vaihtelevat 2–7 % välillä (Polanzyk, Willcutt, Salum, Kieling & Rohde, 2014; Ginsberg, Quintero, Anand, Casillas & Upadhyaya, 2014; Thomas, Sanders, Doust, Beller & Glasziou, 2015). Vaikka ADHD-diagnoosien määrä on kasvanut, ei väestöpohjaisten tutkimusten perusteella oireiden esiintyvyys ole viime vuosikymmeninä lisääntynyt (Polanzyk ym., 2014), vaan diagnoosien määrän kasvun arvellaan liittyvän ADHD:n aiempaa parempaan tunnistamiseen (Thapar & Cooper, 2016). Suomalaisia tilastoja ADHD-diagnoosien yleisyydestä ei ole julkaistu, mutta Närhen ja Klenbergin (2010) mukaan diagnoosi on todennäköisesti yleistynyt yhtä voimakkaasti Suomessa kuin muissakin maissa.

Ikä ja sukupuoli vaikuttavat yhdessä esiintyvyyteen; miehillä esiintyvyys on suurempi (Joelsson ym., 2016; Polanzyk ym., 2014), mutta naisten suhteellinen osuus on sitä suurempi mitä vanhempaa ikäryhmää tarkastellaan (Fayyad ym., 2007). Naisten ADHD tunnistetaan miesten ADHD:ta myöhemmin (Hinshaw ym., 2012; Quinn, 2005; Biederman, 2005; Nussbaum, 2012). Vaikka tutkimuksissa on entistä enemmän huomioitu sukupuolierot ADHD-oireiden ilmenemisessä, jää edelleen valtaosa tyttöjen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöistä tunnistamatta ja hoitamatta (Quinn, 2008; Ullebø, Posserud, Heiervang, Obel & Gillberg, 2012; Nussbaum, 2012). Hoitamaton ADHD voi aiheuttaa psykologista, taloudellista, akateemista ja sosiaalista taakkaa niin yksilölle kuin yhteisöllekin (Bussing, Mason, Bell, Porter & Garvan, 2010; Ginsberg ym., 2014; Asherson ym., 2012). Masennus ja ahdistuneisuushäiriö, kuten päihdeongelmat sekä persoonallisuushäiriökin, ovat yleisiä samanaikaishäiriöitä ADHD:ssa ja voivat vaikeuttaa taustalla olevan häiriön tunnistamista ja johtaa väärin diagnooseihin. Onkin todennäköisempää, että aikuisena ADHD-tutkimuksiin hakeutunut on päätenyt tutkimuksiin jonkin muun psykiatrisen häiriön vuoksi kuin ADHD:n. (Ginsberg ym., 2014; Fayyad ym., 2007; Asherson ym., 2012.)

Käytössä olevaa diagnostiikkaa on kritisoitu liian luokittelevaksi, eikä siten soveltuvaksi kuvaamaan ADHD-oireiden vaikea-asteisuuden vaihtelua (Lubke, Hudziak, Derks, van Bijsterveldt & Boomsma, 2009). Närhi ja Klenberg (2010) ovat kuvanneet ADHD:n monimuotoisuutta eri näkökulmista, joista kehityspsykologisen näkökulman mukaisesti tarkastelen ADHD:ta kehityksen normaalivariaation ääri-ilmentymänä. Huolimatta siitä, että tutkielmassa käytetään ADHD:sta nimikettä *häiriö*, en pidä ADHD:ta laadullisena häiriönä. Tutkielmassa käyttäytymiskuvauksissa käytän samanarvoisina nimikkeitä: *piirre*, *kuvaus* ja *oire*. Termien käyttöä perustelen sillä, että käyttäytymistä kartoittaessa pidän neutraalimpana ilmaisuna *käyttäytymiskuvausta* tai *-piirrettä*, mutta peilattaessa merkityksiä psykiatrisen diagnostiikan viitekehykseen (ICD-10: THL, 2012; DSM-5: APA, 2015), pidän perusteltuna käyttää myös *oire*-termiä.

1.1 ADHD:n oirekuvaus

ADHD:n monimuotoisuutta lisäävät sen eri ilmenemismuodot (Willcutt, 2012; Saari, Sainio & Leppämäki, 2016; Magnin & Maurs, 2017). DSM-IV:n (APA, 2015) luokittelussa tarkkaamaton esiintymismuoto ADHD-I (I = inattentive) kuvaa yksilöitä, joilla tarkkaavuuden säätely on heikentynyt, mutta heillä ei ilmene yliaktiivisuutta tai impulsiivisuutta. ADHD-H (H = hyperactivity-impulsivity) esiintymismuodossa taas oireet ilmenevät yliaktiivisuutena ja/tai impulsiivisena, mutta ei tarkkaavuuden säätelyn vaikeutena. Yhdistetyssä esiintymismuodossa ADHD-C (C = combined) oireissa yhdistyy sekä tarkkaamattomuus että hyperaktiivis-impulsiivisuus. (Faraone ym., 2003; Willcutt, 2012; American Psychiatric Association, 2015.) Väestöpohjaisten tutkimusten mukaan tarkkaamattomuusoireisiin painottuva ADHD on yleisin ADHD:n alaryhmä (Willcutt, 2012; American Psychiatric Association, 2015). Sen sijaan kliinisissä aineistoissa yhdistelmätyyppi on tarkkaamattomuustyyppiä yleisempi (Faraone ym., 2003).

1.1.1 Toiminnanohjaus

ADHD:ssa toiminnanohjaus on usein puutteellista, mikä voi ilmetä niin tunne-elämän (Hirsch, Chavanon, Riechmann & Christiansen, 2018) kuin käyttäytymisen säätelyssä, mutta myös kognitiivisissa toiminnoissa (Saari ym., 2016). Toiminnanohjauksen vaikeudet voivat ilmetä aloittamisen vaikeutena tai lykkäämisenä, tehottomana toiminnan ja aikataulujen suunnitteluna sekä vaikeutena saattaa tehtävät loppuun (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone & Pennington, 2005; Saari ym., 2016). Toiminnanohjauksen taidot kehittyvät

koko lapsuus- ja nuoruusajan, eivätkä ole täysin kypsyneitä kuin vasta varhaisaikuisuudessa (Gogtay, Giedd, Lusk & Hayashi, 2004), joten ADHD:sta johtuvat toiminnanohjauksen vaikeudet saattavat korostua vasta sitten, kun nuorelta odotetaan aiempaa enemmän itseohjautuvuutta ja suunnitelmallisuutta (Saari ym., 2016).

1.1.2 Tarkkaavuus

Ongelmat tarkkaavuuden säätelyssä, eli vaikeudet kohdentaa, ylläpitää ja siirtää tarkkaavuutta, voivat ilmetä keskittymisvaikeuksina, häiriöherkkyytenä, lyhytjänteisyytenä, yksityiskohtien huomiotta jättämisenä sekä ajatuksiin uppoutumisena (Pinkhardt ym., 2009; Biederman, 2005.) Myös ylikeskittymisen (hyperfocusing) eli uppoutumisen yhteen asiaan niin, että kaikki muu ympärillä tapahtuva jää huomaamatta, on epäilty olevan erityisesti aikuisilla tarkkaavuuden säätelyyn liittyvä ilmenemismuoto (Ozel-Kizil ym., 2016). Ylikeskittymisen Ashinoff ja Abu-Akel (2019) ovat kuvanneet intensiiviseksi tarkkaavuuden tilaksi, jossa tehtävän kannalta epäoleelliset ärsykkeet ohitetaan. Ylikeskittymisen aikana tehtävien suorituskky on tehostunut (Ashinoff & Abu-Akel, 2019). Tarkkaavuuden säätelyn haasteissa onkin usein kyse tarkkaavuuden joustavassa siirtämisessä kohteesta toiseen, jolloin erityisesti epämiellyttävään tai vaikeaan asiaan keskittyminen on haastavaa, kun taas itseä kiinnostaviin aiheisiin keskittyminen voi sujua ongelmitta (Saari ym., 2016). Ongelmat tarkkaavuuden säätelyssä ja työmuistissa voivat ilmetä sovitujen tapaamisten unohteluna, tavaroiden hukkaamisena tai ohjeiden unohtamisena. Vaikeuksia voi olla niin yksityiskohtien huomioimisessa kuin yksityiskohtien ohittamisessakin. (Saari ym., 2016; Biederman, 2005.) Tarkkaavuuden vaikeudet ovat kliinisten tutkimusten mukaan ADHD-oireista pysyvimpiä (Biederman, Mick & Faraone, 2000; Willcutt, 2012).

1.1.3 Hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus

Aktiivisuuden säätelyn vaikeudet ilmenevät tavallisimmin motorisena levottomuutena ja yliaktiivisuutena. Impulsiivisuus ilmenee usein kärsimättömyytenä ja taipumuksena tehdä nopeita ja harkitsemattomia päätöksiä, alhaisena stressinsietokykynä sekä ärtyisyytenä. (Pinkhardt ym., 2009; Biederman, 2005; Saari ym., 2016.) Hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus voivat ilmetä myös jatkuvana puheena, vaikeutena odottaa omaa vuoroaan sekä toisten puheen keskeyttämisenä (Thapar & Cooper, 2016), mikä on tytöille ja naisille tyypillisempi ilmenemismuoto kuin fyysinen levottomuus (Quinn, 2005; Ohan & Johnston, 2005; Grskovic & Zentall, 2010). Häiriöön liitetään myös vaikeuksia sosiaalisissa taidoissa ja tunteiden säätelyssä (Saari ym., 2016; Hirsch ym., 2018).

1.2 Diagnostiset kriteerit

Esiintyvyyksilukujen vaihtelevuuteen vaikuttavat arvion perustana käytetty aineisto, terveydenhuollon käyttämä tautiluokitus ja diagnostiset kriteerit (Thomas ym., 2015). Tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin kolmentoista maan ADHD-arvioinnin ohjeistuksia (Seixas, Weiss ja Müller, 2012) oli löydettävissä yhteiset suuntaviivat. Suuntaviivoissa korostuu tärkeys kerätä tietoa eri lähteistä, kyselylomakkeiden ja arviointiasteikkojen käyttö, sekä kliinisen haastattelun merkitys osana diagnostiikkaa (Seixas ym., 2012). Menetelmien monipuolisen käytön on nähty johtavan totuudenmukaisimman kuvan saamiseen sekä ADHD-esiintymistyyppistä että sen liitännäisoireista (Sesar, 2014; Hinshaw ym., 2012; Pettersson, Söderström & Nilsson, 2018).

Suomessa diagnoosin määrittelyssä tautiluokituksena käytetään kansainvälisen diagnostisen luokittelujärjestelmän *International Classification of Diseases* versiota kymmenen (ICD-10; World Health Organization, WHO, 2020; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, THL, 2012; ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). Häiriön tarkemmassa kuvauksessa on hyödynnetty lisäksi Amerikan psykiatrisen yhdistyksen (APA) julkaisemaa psykiatristen häiriöiden DSM-5-diagnoosiluokitusta (American Psychiatric Association, 2015; Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen, 2019). Molemmissa tautiluokituksissa tarkkaavuushäiriön keskeisinä kriteereinä pidetään tiettyjä käyttäytymisen tason oireita, jotka ovat pysyviä ja joita ilmenee ikätovereita enemmän useanlaisissa eri tilanteissa (ks. taulukko 1). Tässä tutkielmassa termillä ADHD viitataan sekä ICD-10:n (THL, 2012) että DSM-5:n (APA, 2015) tarkkaavuushäiriön ilmenemismuotoihin.

Taulukko 1. ICD-10 ja DSM-5 diagnostiset kriteerit.

ICD-10 (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 2012)	DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015)
Keskittymiskyvyttömyys: <ol style="list-style-type: none"> 1. Huomion kiinnittäminen riittävän hyvin yksityiskohtiin epäonnistuu usein tai tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muissa tehtävissä. 2. Keskittyminen leikkeihin / tehtäviin epäonnistuu usein. 3. Usein ei näytä kuuntelevan, mitä hänelle puhutaan. 4. Ohjeiden noudattaminen ja koulu-, koti- tai työtehtävien valmiiksi tekeminen epäonnistuvat usein (ei johdu uhmakkaasta käytöksestä tai kyvyttömyydestä ymmärtää ohjeita). 5. Kyky järjestää tehtäviä ja toimintoja on usein huonontunut. 6. Usein välttää tai kokee voimakkaan vastenmielisenä tehtävät, jotka vaativat psyykkisen ponnistelun ylläpitämistä, kuten esimerkiksi läksyt. 7. Kadottaa usein esineitä, jotka ovat tärkeitä tiettyissä tehtävissä ja toiminnoissa, kuten koulutavaroita, kyniä, kirjoja, leluja tai työkaluja. 8. Häiriintyy usein helposti ulkopuolisista ärsykeistä. 9. On usein muistamaton päivittäisissä toiminnoissa. 	Tarkkaamattomuus: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jättää usein huomiotta yksityiskohtia tai tekee huolimattomuusvirheitä koulussa, työssä tai muussa toiminnassa. 2. Usein toistuvia vaikeuksia keskittyä tehtäviin tai leikkeihin (oppitunnin ajan, keskusteluissa tai luokissa). 3. Usein ei näytä kuuntelevan suoraan puhuteltaessa. 4. Jättää usein seuraamatta ohjeita eikä saa koulu- tai työtehtäviään suoritetuksi (aloittaa tehtävän, mutta menettää nopeasti mielenkiinnon ja ajautuu tekemään muuta). 5. Usein toistuvia vaikeuksia tehtävien ja toimien järjestämisessä (työskentely sekaista, huono ajan hallinta). 6. Usein välttelee, inhoaa tai on haluton suorittamaan tehtäviä, jotka vaativat pitkäkestoista henkistä ponnistelua (kuten koulu- tai kotitehtävät, lomakkeiden täyttäminen). 7. Kadottaa usein tehtävissä tai toiminnoissa tarvittavia esineitä (esimerkiksi leluja, kirjoja, kännykän, avaimet). 8. Häiriintyy helposti ulkopuolisista ärsykeistä (nuorilla ja aikuisilla voi sisältää harhailevat ajatukset). 9. Unohtaa usein asioita päivittäisissä toiminnoissa (harrastusten ajankohdat, soittopyyntö, sovitut tapaamiset).
Hyperaktiivisuus: <ol style="list-style-type: none"> 1. Liikuttelee usein levottomasti käsiään tai jalkojaan tai vääntelehtii tuolillaan. 2. Lähtee usein liikkeelle luokassa tai muualla tilanteissa, missä edellytetään paikalla pysymistä. 3. Juoksentelee tai kiipeilee usein tilanteissa, missä se ei kuulu asiaan (nuorilla tai aikuisilla voi esiintyä pelkkänä levottomuuden tunteena). 4. On usein liiallisen äänekkäs leikkiessään tai ei onnistu paneutumaan hiljaa harrastuksiin. 5. On motorisesti jatkuvasti liian aktiivinen eikä aktiivisuus oleellisesti muutu sosiaalisen ympäristön mukaan tai ulkoisista vaatimuksista. 	Hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus: <ol style="list-style-type: none"> 1. Liikuttelee usein hermostuneesti käsiä tai jalkoja tai kiemurtelee istuessaan. 2. Poistuu usein paikaltaan luokassa tai muissa tilanteissa, joissa edellytetään paikallaan oloa. 3. Juoksentelee tai kiipeilee usein ylettömästi sopimattomissa tilanteissa (nuorilla tai aikuisilla voi rajoittua levottomuuden tunteeseen). 4. Usein toistuvia vaikeuksia leikkiä tai harrastaa mitään rauhallisesti tai hiljaisesti. 5. On usein "jatkuvasti menossa" tai "käy kuin kone" (ahdistuu tilanteista, joissa pitää istua paikoillaan ja vaikuttaa muiden mielestä rauhalliselta tai huonokäyttöiseltä). 6. Puhuu usein ylettömästi. 7. Vastaa usein kysymyksiin ennen kuin ne on kunnolla esitetty (päättää ihmisten lauseet, vaikeaa odottaa puheenvuoroa). 8. Usein toistuvia vaikeuksia odottaa vuoroaan. 9. Usein keskeyttää toiset tai on tunkeileva toisia kohtaan (esimerkiksi tuppautuu toisten seuraan, käyttää toisten tavaroita kysymättä lupaa).
Impulsiivisuus: <ol style="list-style-type: none"> 1. Vastaa usein jo ennen kuin kysymykset ovat valmiita ja estää vastauksellaan toisten tekemiä kysymyksiä. 2. Ei usein jaksa seistä jonossa tai odottaa vuoroaan peleissä tai ryhmässä. 3. Keskeyttää usein toiset tai on tunkeileva (esimerkiksi tunkeutuu toisten keskusteluihin ja peleihin). 4. Puhuu usein liian paljon ottamatta huomioon tilanteen vaatimaa pidättävyisyyttä. 	Useat tarkkaamattomuus tai hyperaktiivisuus- ja impulsiivisuusoireet ovat ilmenneet ennen 12 vuoden ikää.
Häiriö alkaa viimeistään 7 vuoden iässä.	

ICD-tautiluokituksen (THL, 2012) kriteerit ovat oireiden määrän ja alkamisiän osalta tiukemmat kuin DSM:n (APA, 2015) kriteerit, joita muutettiin siirryttäessä DSM-IV-kriteeristöä DSM-5-versioon. Keskeisimpiä muutoksia olivat oireiden alkamisiän nosto seitsemästä ikävuodesta kahteentoista, sekä aikuisilta vaadittavien keskeisten oireiden vähentäminen kuudesta viiteen. (Willcutt, 2012; Saari ym., 2016.) DSM-5-versiossa on myös huomioitu tarkkaavuushäiriön oiremäärän väheneminen iän myötä (Jämsä, Klenberg, Lahti-Nuuttila & Hokkanen, 2015).

1.2.1 Diagnostiikan apuna käytettäviä tutkimuksia ja menetelmiä

ADHD-diagnoosia ei voida tehdä eikä diagnoosin tarvetta sulkea pois yksittäisten kyselylomakevastausten perusteella ilman tarkempaa diagnostista arviota (Pettersson ym., 2018). Tarkkaavuushäiriön oireita esiintyy jossain määrin lähes kaikilla lapsilla, ja toisaalta myös muihin lapsuusajan häiriöihin voi liittyä samantyyppisiä oireita (Jämsä ym., 2015). Koska diagnostinen arvio edellyttää tietoa käyttäytymisestä eri ympäristöissä usean henkilön arvioimana, voi luotettava kyselylomake toimia tärkeänä apuvälineenä (Jämsä ym., 2015; Pettersson ym., 2018). Joskin kyselylomakkeiden käyttöön liittyy myös rajoitteita, kuten vaihtelevasti saatavissa olevat tiedot lomakkeiden normatiivisista ja psykometrisistä ominaisuuksista (Collett, Ohan & Myers, 2003) sekä eri tietolähteiden välinen ristiriitaisuus arvioinneissa (Rettew ym., 2011).

Käypä hoito (2019) -työryhmä on listannut kaksitoista (ks. taulukko 2) diagnostiikan avuksi soveltuvaa menetelmää, joista kahdeksan on tarkoitettu lasten ja nuorten oirekuvan selvitykseen. ADHD Rating Scale IV (ADHD-RS IV; DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid, 1998, viitattu lähteessä Jämsä ym., 2015, 325–326) ja the Swanson, Nolan, and Pelham –IV Questionnaire (SNAP-IV-kyselylomake; Swanson ym., 2001) ovat maailmanlaajuisesti paljon käytettyjä ja tutkittuja. Molemmat ovat DSM IV-kriteeristöön perustuvia kyselyjä, joista on käytössä vastaavat lomakkeet vanhempien ja opettajien täytettäväksi (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). Vaikka tutkimustietoa ADHD:n erilaisesta ilmenemisestä poikien ja tyttöjen välillä on paljon (mm. Arnold, 1996; Gershon, 2002; Biederman ym., 2010), DSM IV-tautiluokitus perustuu lähes yksinomaan ADHD-pojista tehtyihin tutkimuksiin (Collett ym., 2003). Tämä tarkoittaa, että kyselyissä ei ole otettu huomioon vastaajan sukupuolta pistemäärän merkitystä arvioitaessa (Collett ym., 2003). Sovellettaessa samoja raja-arvoja sekä tytöillä että pojilla, jää tyttöjen oireet herkästi tunnistamatta, mutta raja-arvon laskeminen taas todennäköisesti johtaisi yli diagnosointiin (Jämsä ym., 2015).

Luotettavuutta ja erottelevuutta arvioitaessa suomalaisella väestöllä tutkittaessa ADHD-RS IV:n (DuPaul ym., 1998, viitattu lähteessä Jämsä ym., 2015, 325–326) opettajan kyselylomake on todettu luotettavaksi ja erottelukykyiseksi (Jämsä ym., 2015). Kiinalaisen tutkimuksen (Su ym., 2015) perusteella ADHD-RS IV (DuPaul ym., 1998, viitattu lähteessä Jämsä ym., 2015, 325–326) arvioitiin kulttuurista riippumatta luotettavaksi ja validiksi ADHD-oireiden arviointiin sekä klinisen diagnoosiarvion tueksi. Sen sijaan SNAP-IV-kyselylomakkeesta (Swanson ym., 2001) on yleisyydestään huolimatta saatavilla vain vähän julkaistuja tietoja psykometrististä ominaisuuksista (Collett ym., 2003). SNAP-IV:tä (Swanson ym., 2001) pidetään erottelukykyisenä ADHD- ja uhmakkuusoireiden kartoittamisessa, mutta tulokset vanhempien ja opettajien arviointien merkittävässä vaihtelussa mm. sukupuolen mukaan, vähentää mittarin luotettavuutta diagnostisena välineenä (Bussing ym., 2008).

Taulukko 2. Diagnostiikan apuna käytettäviä tutkimuksia ja menetelmiä.

Kysely tai menetelmä	Tekijät	Mihin tarkoitukseen?	Kohdejoukko	Muuta
ADHD-RS IV	DuPaul, Power, Anastopoulos & Reid (1998)	ADHD-oireiden esiintymisen ja määrän selvitykseen	Lapset ja nuoret	Perustuu DSM IV- diagnoosikriteereihin. Käytetään selvityksen varhaisessa vaiheessa oireiden kartoittamiseen.
SNAP-IV	Swanson, Kraemer, Hinshaw, Arnold, Conners, Abikoff... Simpson (2001)	ADHD- ja uhmakkuusoireiden kartoittamiseen	Lapset ja nuoret	ADHD- ja uhmakkuusoireiden kartoittamiseen suunniteltu kyselylomake, jonka voivat täyttää vanhemmat tai opettaja.
Kesky	Klenberg, Jämsä, Häyrinen & Korkman (2010)	Laajemman kehityksen ja taitojen kartoittamiseen	Lapset ja nuoret	Kehitetty kouluikäisten tarkkaavuuden ja toiminnanohjauksen vaikeuksien arviointimenetelmäksi
FTF (Viivi)	Kadesjö ym. (2004)	Laajemman kehityksen ja taitojen kartoittamiseen	Lapset ja nuoret	Voidaan käyttää lisätutkimuksessa, eli jos lapsella/nuorella epäillään olevan muita ongelmia
SDQ	Goodman (1997)	Psyykkisen kokonaisoirekuvan kartoittamiseen	Lapset ja nuoret	Spesifinen ja melko sensitiivinen yliaktiivisuusoireiden ja ADHD:n seulonnassa.
ASEBA (CBCL, TRF, YSR)	Achenbach, (1991), Achenbach & Rescorla (2001).	Käyttäytymisen ja tunne-elämän kartoittamiseen	Lapset ja nuoret	Kyselylomakesarja. CBCL:n ja TRF:n tarkkaavuusongelmia mittaava osio tunnistaa kohtalaisen hyvin ADHD-oireet.
DAWBA	Goodman, Ford, Richards, Gatward & Meltzer (2000)	Lasten hyvinvoinnin ja psyykkisten oireiden kartoittamiseen	Lapset ja nuoret	Vanhemmille, opettajille ja 11-vuotiaalle tai sitä vanhemmille lapsille suunnattu strukturoitu haastattelu
ASRS	WHO; Adler, Kessler & Spencer (2005)	Aikuisten ADHD:n seulontaan	Aikuiset	Sovellettavuus suomalaiseen väestöön: kohtalainen – hyvä.
DIVA 2.0	Kooij (2013)	ADHD-oireiden arviointiin	Aikuiset	DSM-kriteereihin perustuva, Euroopassa kehitetty puolistrukturoitu haastattelu.
WURS	Ward, Wender & Reimherr (1993)	Neuropsykiatrisen työryhmän potilaiden oireiden arviointiin	Lapset, nuoret ja aikuiset	Ei perustu DSM-kriteereihin, vaan Paul Wenderin kehittämiin ns. Utah-kriteereihin. Soveltuvuudesta on niukasti tutkimustietoa.
BADDS	Brown (1996)	ADHD:hen liittyvien oireiden arviointiin.	Nuoret ja aikuiset	Suomessa on ollut klinikoiden käytössä lomakkeen epävirallinen käännös, johon ei normiaineistoa ole olemassa.
BRIEF-A	Roth, Isquith & Gioia (2005)	Arkipäivän toiminnanohjauksen ongelmien mittaamiseen	Aikuiset	Kyselylomaketta käytetään melko vähän sekä tutkimuksessa että kliinisessä käytössä. Ei suomalaisia normeja.

Keskittymiskysely (Kesky; Klenberg, Jämsä, Häyrinen & Korkman, 2010) on Suomessa kehitetty ja normitettu opettajien täytettäväksi tarkoitettu kyselylomake, jonka avulla arvioidaan lapsen toiminnanohjaustaitoja, tarkkaavuutta sekä häiriöherkkyyttä (Närhi ym., 2019). Kesky (Klenberg ym., 2010) kriteerivaliditeettia tutkittaessa mittari todettiin erotelukykyiseksi paitsi ADHD-lasten tunnistamisella verrokeista, myös erottelevan ADHD-C- ja ADHD-I-diagnoosin saaneet nuoret toisistaan. Kesky (Klenberg ym., 2010) on tutkittu mittaavan samoja ominaisuuksia kuin tutkimuksessa vertailumittarina käytetty ADHD-RS IV (DuPaul ym., 1998, viitattu lähteessä Jämsä ym., 2015, 325–326). Sukupuolierot tyttöjen ja poikien oireissa ja oireiden voimakkuudessa on huomioitu Keskyssä (Klenberg ym., 2010) siten, että käytössä on sekä yhteiset raja-arvot, mutta myös erilliset tytöille ja pojille. Vertailuryhmien samanaikainen käyttö mahdollistaa oireiden vakavuuden ymmärtämisen suhteessa saman ikäiseen väestöön ja samalla ottaen huomioon sukupuolielle ominaiset piirteet (Klenberg ym., 2010).

Kyselylomakkeina Five to Fifteen (FTF; Kadesjö ym., 2004) eli VIIVI-kysely sekä "Vahvuudet ja vaikeudet" -kysely (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ; Goodman, 1997) ovat laajempia lapsen hyvinvointia kartoittavia menetelmiä. Vanhempien täytettäväksi kehitetyllä VIIVI-lomakkeella (Kadesjö ym., 2004) arvioidaan tarkkaavuuteen, yli- ja alivilkkauteen sekä toiminnanohjaukseen liittyviä vaikeuksia (Närhi ym., 2019). VIIVI-kyselyä (Kadesjö ym., 2004) on mahdollista käyttää myös retrospektiivisenä arviointivälineenä osana aikuisten ADHD-diagnostiikkaa lapsuudenaikaisten oireiden kartoitusta (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). Suomalaistutkimuksen (Airaksinen, Michelsson & Jokela, 2004) mukaan suomalainen VIIVI-kysely (Kadesjö ym., 2004) sopii hyvin ADHD:n seulontaan ja diagnosoinnin apuvälineeksi, mutta ajantasaista tutkimustietoa soveltuvuudesta ei ole (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). SDQ:lla (Goodman, 1997) kartoitetaan lapsen psyykkistä hyvinvointia ja sen on tutkittu soveltuvan ADHD-oireiden seulontaan (Algorta, Dodd, Stringaris & Youngstrom, 2016). Suomalaisessa väestötutkimuksessa (Borg, Kaukonen, Salmelin, Joukamaa & Tamminen, 2012) havaittiin piste-määrien jakaumissa merkittäviä eroja vanhempien ja opettajien arvioissa. Lisäksi lapsen ikä, sukupuoli sekä kulttuuriset erot vaikuttivat raportointityyleihin ja tuloksiin, mikä tutkimusjaryhmän mukaan vahvistaa tarvetta SDQ:n (Goodman, 1997) soveltuvuuden uudelleenarviointiin väestössä (Borg ym., 2012).

Kyselylomakesarja The Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA; Achenbach, 1991, viitattu lähteessä Ivanova ym., 2007, 407–408) on kehitetty kartoitta-

maan lasten ja nuorten käyttäytymistä ja tunne-elämää. Sarjaan kuuluu vanhempien täytettäväksi tarkoitettu Child Behavior Checklist (CBCL), 11–18-vuotiaiden nuorten itse täytettäväksi tarkoitettu Youth Self Report (YSR) sekä opettajien täyttämäksi kehitetty Teacher Report Form (TRF). Kyselyn oirekokonaisuusrakenteen osuvuus on tutkittu erittäin hyväksi (Ivanova ym., 2007). Haastattelumuotoinen Development and Well-Being Assessment (DAWBA; Goodman, Ford, Richards, Gatward & Meltzer, 2000) on niin ikään kehitetty kartoittamaan lasten hyvinvointia ja psyykkisiä oireita. Neljää käytössä olevaa arviointimenetelmää vertaillen Posserud ym. (2014) totesivat DAWBA:n (Goodman ym., 2000) tunnistavan ADHD-oireet tarkasti muttei herkästi. Erityisen huonosti DAWBA (Goodman ym., 2000) onnistui mittaamaan tyttöjen ADHD-oireet (Posserud ym., 2014).

Aikuisten ADHD-oireiden selvitykseen soveltuvia menetelmiä on Käypä hoito (2019) -työryhmä listannut huomattavasti vähemmän. WHO:n Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS; Kessler ym., 2005) on vakiintunut seulontalomakkeeksi. Täyspitkä itsearviointilomake muodostuu 18 kysymyksestä ja sitä pidetään soveltuvana hoidon seurannassa ja lääkevasteen arvioinnissa (Kessler ym., 2007). Lyhyempää kuuden kysymyksen ASRS-lomaketta (Kessler ym., 2005) pidetään soveltuvana aikuisten ADHD:n seulonnassa (Kessler ym., 2005), mutta lomakkeen suomenkielisestä käännöksestä ei ole vielä julkaistu psykometristä tutkimusta.

Euroopassa kehitetty Diagnostic Interview for Adult ADHD 2.0 (DIVA 2.0; Kooij, 2013) on puolistrukturoitu diagnostinen haastattelu. DIVA:n (Kooij, 2013) suomenkielistä käännöstä käyttäviä tutkimuksia ei ole vielä julkaistu, mutta ruotsinkielistä käännöstä arvioineessa tutkimuksessa DIVA-haastattelua (Kooij, 2013) pidetään käyttökelpoisena aikuisten diagnostisen haastattelun apuvälineenä (Pettersson ym., 2018). DIVA:a (Kooij, 2013) pidetään vastaavana kuin lääketutkimuksissa maailmanlaajuisesti eniten käytetty Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID; Epstein, Johnson & Conners, 1999, viitattu lähteessä Collett ym., 2003, 1020–1021). CAADID:n (Epstein ym., 1999, viitattu lähteessä Collett ym., 2003, 1020–1021) käyttö vaatii maksullisen lisenssin, kun taas DIVA (Kooij, 2013) on saatavilla ilmaiseksi. (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019.)

Kliinisessä työssä aikuisten ADHD-oireiden kartoittamisen apuna voi Käypä hoito -suosituksen (2019) mukaan käyttää myös Wender-Utah rating scale:a (WURS; Ward, Wender & Reimherr, 1993), Brown Attention Deficit Disorder Scales for Adolescents and

Adults:ia (BADDs; Brown, 1996, viitattu lähteessä Collett ym., 2003, 1030–1032) ja Behavior Rating Inventory of Executive Function – Adult:ia (BRIEF-A; Roth, Isquith & Gioia, 2005, viitattu lähteessä Skogli ym., 2013, 5) -kyselyitä. WURS (Ward ym., 1993) perustuu Paul Wenderin kehittämiin ns. Utah-kriteereihin. Lomakkeen suomennoksen luotettavuutta tutkittaessa WURS:ia (Ward ym., 1993) ei pidetty soveltuvana väestötason seulontaan, mutta arvioitiin käyttökelpoiseksi apuvälineeksi lapsuusiän ADHD:n retrospektiivisessä tunnistamisessa esimerkiksi psykiatrian poliklinikoille, joissa ADHD:n yleisyys on korkeampi kuin väestössä keskimäärin (Kivisaari, Laasonen, Leppämäki, Tani & Hokinan, 2012). Yhdysvaltalais tutkimuksessa (Suhr, Zimak, Buelow & Fox, 2009) on kuitenkin todettu WURS:in (Ward ym., 1993) olevan epätarkka ja tunnistavan ADHD:n myös silloin, kun sitä ei tutkittavalla ole. Seulontakäytössä herkän mittarin käyttö voi olla perusteltua, mutta diagnostisessa arviossa on tärkeää pystyä sulkemaan pois ne, joilla häiriötä ei ole (Jämsä ym., 2015).

Brownin (1996, viitattu lähteessä Collett ym., 2003, 1030–1032) BADDs on myös aikuisten täyttämä itsearviokysely, josta Suomessa on käytössä lomakkeen epävirallinen käännös, johon ei normiaineistoa ole olemassa (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). BADDs:n (Brown, 1996, viitattu lähteessä Collett ym., 2003, 1030–1032) avulla pyritään arvioimaan myös sellaisia ADHD:hen liittyviä oireita, joita DSM IV-kriteerit eivät onnistu tavoittamaan (Collett ym., 2003). Kyselylomake rakentuu 40 oirekuvauksesta, jotka jaetaan viiteen alaskaalaan; aktivaatio, tarkkaavuus, ponnistelu, emootiot ja muisti. DSM-kriteeristön asteikot mittaavat lähinnä oireiden kvantitatiivista vaihtelua, mutta BADDs:n (Brown, 1996, viitattu lähteessä Collett ym., 2003, 1030–1032) eduksi on luettu sen etu huomioida oireiden ilmiänsä vaihtelua myös laadullisesti. (Collett ym., 2003.) Kolmas Käypä hoito (2019) -työryhmän listaama kliiniseen työhön soveltuva itsearviokysely on BRIEF-A (Roth ym., 2005, viitattu lähteessä Skogli ym., 2013, 5), joka on kehitetty arkipäivän toiminnanohjauksen ongelmien mittaamiseen. Lääkehoidon vaikutuksia mittaavassa tutkimuksessa ADHD-lääkehoito näyttää vähentävän BRIEF-A-asteikolla (Roth ym., 2005, viitattu lähteessä Skogli ym., 2013, 5) mitattuja toiminnanohjauksen vaikeuksia (DuPaul ym., 2012). Myöskään BRIEF-A:lle (Roth ym., 2005, viitattu lähteessä Skogli ym., 2013, 5) ei ole suomalaisia normeja, eikä sen lomakkeen käyttökelpoisuutta diagnostiikassa ole tutkittu (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019).

1.3 Tyttöjen ADHD:n tunnistamisen vaikeudet

Tyttöjen ADHD:n tunnistamisen haastavuutta on pyritty selittämään tutkimustiedon painottumisesta lähes yksinomaan ADHD-pojista saatuihin tietoihin (Hasson & Fine, 2012; Dupuy, Clarke, Barry, McCarthy & Selikowitz, 2014). Hassonin ja Finen (2012) meta-analyttisen katsauksen tulosten mukaan tytöillä erot diagnosoitujen ja verrokeiden välillä ovat pienemmät kuin pojilla. Pojat olivat tulosten mukaan huomattavasti impulsiivisempia kuin tytöt, mutta eroa tarkkaamattomuudessa ei ollut (Hasson & Fine, 2012). Grskovicin ja Zentallin (2010) mukaan tyttöjen ADHD-käyttäytymisen määrittelevin piirre on sanallinen impulsiivisuus, mikä ilmeni sekä tyttöjen että vanhempien arvioinneissa. Sanallinen impulsiivisuus ilmeni toisten keskeyttämisenä, liian äänekkäänä puheena, yllättävinä keskusteluaiheen vaihtamisina sekä asioiden sanomisena ajattelematta (Grskovic & Zentall, 2010).

Vanhempien arvioita diagnosoitujen tyttöjen hyperaktiivisuus- ja impulsiivisuusoireista tutkittaessa (Mowlem, Agnew-Blais, Taylor & Asherson, 2019) eivät vanhemmat todennäköisesti tunnistaneet tyttöjen ADHD-oireilua, joka poikkesi stereotyyppiseksi mielletystä ADHD-käyttäytymisestä. Tutkimusryhmän (Mowlem ym., 2019) mukaan tulos voi viitata siihen, että täyttääkseen ADHD:n kriteerit pitäisi tytöillä olla vaativampia käyttäytymis- ja tunneongelmia. Jämsän ja hänen tutkimusryhmänsä (2015) mukaan on mahdollista, että tyttöjen oireilu harvoin on niin voimakasta, että se ylttäisi poikien kanssa samaan raja-arvoon. Hasson ja Fine (2012) epäilevätkin, että vaikka tyttöjä käsittäviä tutkimuksia on toteutettu viime vuosina enemmän, eivät tutkimukset, joissa tutkittavat ovat jo diagnosoituja, välttämättä edusta ADHD-tyttöjä yleisesti, sillä lievempää ADHD-oireilua ei todennäköisesti liitetä ADHD-häiriöön. Sen sijaan tyttöjen ADHD-oireet liitetään todennäköisesti muihin häiriöihin, kuten masennukseen (Quinn, 2005; Øie, Hovik, Andersen, Czajkowski & Skogli, 2018) tai uhmakkuushäiriöön (Jackson & King, 2004).

Aiemmissa tutkimuksissa (Gershon, 2002; Isaksson, Ruchkin & Lindblad, 2016) on todettu opettajien kiinnittävän enemmän huomiota ja myös helpommin puuttuvan poikien käytökseen, joka on nähty olevan tyttöjen käytöstä häiritsevämpää (Rucklidge, 2010). Pojilla hyperaktiivisuuden liitännäisenä on useammin muita käyttäytymisen haasteita, jotka ehkä luokkatilanteessa häiritsevät enemmän kuin ensisijaiset ADHD-oireet (Isaksson ym., 2016.). Toisaalta Jacksonin ja Kingin (2004) mukaan täysin identtisillä käyttäytymismalleilla opettajat todennäköisemmin liittävät tyttöjen käyttäytymisen uhmakkuushäiriöön ja poikien vastaavan käyttäytymisen ADHD:seen. Opettajien arviot tyttöjen

ADHD-oireista tai käyttäytymisongelmien tasosta voivat myös erota huomattavasti vanhempien arvioista, mikä osaltaan vaikuttaa jatkotutkimuksiin pääsyyn ja diagnosointiprosessiin (Derks, Hudziak & Boomsma, 2007; Ullebø ym., 2012; Isaksson ym., 2016). Selityksenä opettajien antamille arvioille tyttöjen ADHD-oireista sekä käyttäytymisongelmien tasosta on esitetty ADHD-tyttöjen käyttäytyvän ADHD-poikia sopeutuvaisemmin kouluolosuhteissa (Derks ym., 2007; Øie ym., 2018). Koska ADHD-tytöt ovat todennäköisesti ymmärtäneet melko varhaisessa vaiheessa taipumuksensa reagoida voimakkein tuntein, on heidän arveltu olevan valvettuneita mukauttamaan käytöstään ympäristön vaatimusten mukaiseksi (Grskovic & Zentall, 2010).

Tyttöjen ADHD-oireet ilmenevät usein myöhemmin kuin pojilla, mikä osaltaan haittaa oireiden liittämistä oikeaan häiriöön (Hinshaw ym., 2012; Quinn, 2005). Murrayn ja tutkimusryhmän (2019) mukaan varhaisuus on hyvin herkkää aikaa ADHD-oireiden voimistumiselle sekä tytöillä että pojilla, mutta erityisesti tytöillä ADHD-oireiden on havaittu voimistuvan jyrkästi murrosiän kynnyksellä. Pojilla tyypillisemmin oireet näkyvät tasaisemmin jo varhaislapsuudesta alkaen, mutta tytöillä oireilu voi herättää ympäristön huomion ensimmäisen kerran vasta murrosiän kynnyksellä (Murray ym., 2019). On arveltu, että tytöillä ADHD vaatii syntyäkseen voimakkaampia geneettisiä ja ympäristötekijöitä, mikä voi selittää lapsuusajan oireettomuutta ja nuoruusiän oireiden kasvua (Taylor ym., 2016). ADHD-lasten neurokognitiivista toimintaa käsittelevän tutkimuksen mukaan (Seymour, Mostofsky & Rosch, 2016) kognitiivisen vaatimustason lisääminen ilmenee sukupuolten välillä eri tavoin. ADHD-pojilla ero tehtävien suorituksessa normiryhmän poikiin oli selvä jo yksinkertaisemmissa GNG-tehtävissä (Go/No-Go), mutta tytöillä merkitsevää eroa ilmeni vasta tehtävien muututtua monimutkaisemmiksi ja kuormittavimmiksi (Seymour ym., 2016). Mahone ja Wodka (2008) ovat arvioineet, etteivät nuoret ADHD-tytöt ehkä ole akateemisesti yhtä haavoittuvaisia kuin ADHD-pojat, mikä voi selittää, miksi käsiala ei ole huono tai tarkkaavuuden säätelyssä ei ilmene ongelmia alakouluaikana. ADHD-tytöillä ongelmat todennäköisesti kasvavat, kun tehtävistä suoriutuminen vaatii enemmän tytön omaa suunnittelua, eikä tukena ole esimerkiksi opettajaa antamassa välitöntä palautetta (Seymour ym., 2016).

1.4 Aikuisena hoitoon hakeutuminen ja diagnosointi

Aikuisella voi itsellään herätä epäily ADHD:sta. Internetissä saatavilla oleva tieto sekä erilaiset testit usein vahvistavat epäilyksiä ja edesauttavat päätöstä hakeutua tervey-

denhoidon vastaanotolle (Saari ym., 2016). Aikuinen saattaa myös hakeutua tutkimuksiin, kun lähisukulaisella on todettu ADHD tai lapsen ADHD-oireita aletaan arvioida (Ginsberg ym., 2014). Epäily ADHD:sta voi herätä myös työpaikalla tai esimerkiksi työ- tai opiskeluterveyshuollossa (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). Naisilla oireet saatetaan tulkita merkeiksi emotionaalisista vaikeuksista tai oppimisvaikeuksiksi pikemminkin kuin ADHD-oireiksi (Waite, 2010). Naisilla, joiden ADHD tunnistetaan vasta aikuisena, on todennäköisesti ilmennyt masennusoireita, ahdistusta sekä erilaisia uni- ja syömishäiriöitä (Hinshaw ym., 2006; Waite, 2010). Samanaikaishäiriöt usein vaikeuttavat ADHD:n tunnistamista, minkä vuoksi ADHD-tytöille on usein tehty jokin toinen diagnoosi jo kauan ennen ADHD-tutkimusten aloittamista (Kopp, Kelly & Gillberg, 2010).

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen työnjako ja yhteistyö päätetään Suomessa paikallisesti (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019), mikä merkitsee alueellista vaihtelua myös siinä, toteutetaanko ADHD:n diagnosointi ja hoito perusterveydenhuollossa vai erikoissairaanhoidon piirissä. Aikuisten ADHD-diagnoosit tekevät ensisijaisesti joko psykiatrian erikoislääkärit tai opiskelu- tai työterveyshuollon lääkäri (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019).

1.5 Tutkielman tarkoitus

Vaikka tyttöjen ja naisten ADHD-tutkimus on lisääntynyt huomattavasti kahden viimeisen vuosikymmenen aikana, on edelleen häiriön tunnistamisessa tutkimuksellisia aukkoja (Nussbaum, 2012). Tämän tutkielman tarkoitus on laajentaa tyttöjen ADHD-oireisiin liittyvää tietoutta ja pyrkiä selvittämään, miksi ADHD on tunnistettu vasta aikuisena.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. a) Mitä ADHD-oireita ilmeni tytöillä yleisimmin lapsuusiässä?
b) Minkä oireiden välillä oli yhteisesiintyvyyttä?
c) Mitkä yleisimmiksi ilmoitetuista oireista kuuluvat käytössä oleviin diagnosikriteereihin?
2. Mitkä olivat yleisimmät syyt hakeutua ADHD-tutkimuksiin?

2 Tutkielman toteutus

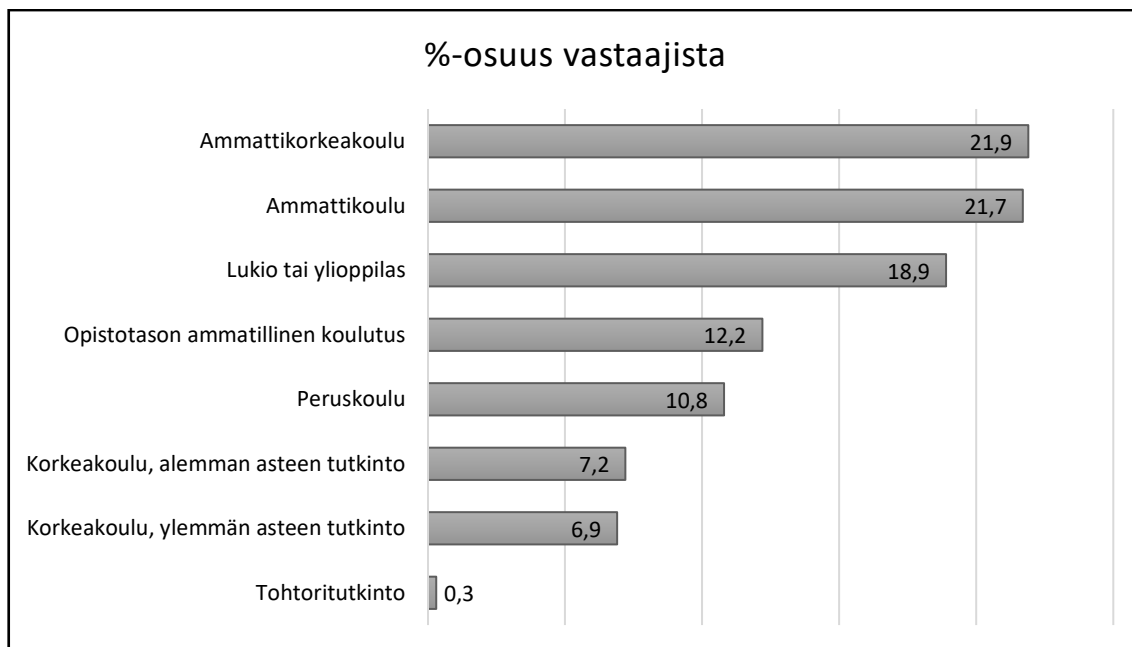
2.1 Tutkittavat

Tutkielman kohdejoukko oli aikuisena ADHD-diagnosoidut 20–50-vuotiaat naiset. Alaikärajalla pyrittiin karsimaan vastaajista alaikäisenä diagnosoidut. Yläikärajalla varmistettiin osallistujien aloittaneen koulunkäyntinsä koulujärjestelmän uudistuksen jälkeen. Täytettyjä lomakkeita saatiin yhteensä 376 kappaletta. Aineistosta poistettiin lomakkeet, jonka vastaajista 7 ei ollut saanut virallista ADHD-diagnoosia, 7 oli alle 18-vuotiaana diagnosoituja ja 2 syntynyt ennen vuotta 1969. Lopullisen aineiston muodosti 360 kyselylomaketta.

Vastaajat olivat iältään 20–50 -vuotiaita ($ka \approx 36$ vuotta, $kh = 7,6$). Ahvenanmaata lukuun ottamatta vastauksia saatiin kautta Suomen. Vastaajista viisi ($n = 5$, 1,4 %) asui muualla kuin Suomessa. Suurin osa vastaajista asui Uudenmaan ($n = 124$, 34 %), Pirkanmaan ($n = 39$, 11 %) tai Varsinais-Suomen ($n = 29$, 8 %) maakunnissa.

Vastaajat ilmoittivat saaneensa ADHD-diagnoosin keskimäärin 33-vuotiaana. Iän vaihteluväli oli 18–50 vuotta ($kh = 7,7$). Suurimmalla osalla aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö ilmenee pääsääntöisesti yhdistelmänä tarkkaamattomuutta sekä hyperaktiivisimpulsiivisuutta (ADHD-C, $n = 208$, 57,8 %). Vastaajista 36,7 % ilmoitti ADHD:n ilmenevän pääasiallisesti tarkkaamattomuutena (ADHD-I, ADD) ja loput (5,6 %) hyperaktiivisuutena (ADHD-H).

Korkeimmaksi suorittamukseen koulutukseen suurin osa vastaajista ilmoitti ammattikorkeakoulun ($n = 79$, 22 %) tai toisen asteen (lukio tai ammattikoulu) tutkinnon ($n = 148$, lukio 19 %, ammattikoulu 22 %) (ks. kuva 1). Peruskoulututkinnon korkeimmaksi koulutukseen ilmoitti 10,8 % ($n = 39$) vastaajista. Alemman tai ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneita vastaajissa oli yhteensä 14,1 % ($n = 51$). Vastaajista yksi (0,3 %) vastasi suorittaneensa tohtoritutkinnon.



Kuva 1. Vastaajien ilmoittama koulutusaste.

Vastaajista enemmistö ilmoitti kuuluvansa joko työntekijöiden (n = 116, 32 %) ammattiryhmään, olevansa opiskelija (20,8 %) tai toimihenkilötehtävissä (14,8 %) (ks. taulukko 3).

Taulukko 3. Vastaajien ammattiryhmien jakauma.

Ammattiryhmä	N	%
Tutkija tai taiteilija	2	0,6
Muu	3	0,8
Omaishoitaja	4	1,1
Johtavassa asemassa toisen palveluksessa	10	2,8
Kuntoutuksessa	11	3,1
Eläkeläinen	13	3,6
Kotiäiti	14	3,9
Alempi toimihenkilö	19	5,3
Ylempi toimihenkilö	24	6,7
Yrittäjä tai yksityinen ammatinharjoittaja	27	7,7
Työtön	42	11,7
Opiskelija	75	20,8
Työntekijä	116	32,2
Yhteensä	360	100,0

Tutkitun joukon edustavuutta suhteessa perusjoukkoon sekä tulosten yleistettävyyden arvioimiseksi koulutusasteen ja ammattiryhmien jakaumia verrattiin Tilastokeskuksen (Suomen virallinen tilasto: SVT) laatimaan koko väestön naisten koulutusastejakaumaan

(2018) sekä koko väestön 18–54-vuotiaiden naisten ammattiryhmiin (2015) (SVT, 2015; SVT, 2018.). Koulutusastejakaumia tarkastellessa vastaajien jakauma poikkesi siten, että suurin osa vastaajista sijoittui keskiasteelle, kun taas peruskoulututkinnon korkeimmaksi koulutusasteekseen ilmoittaneet sekä korkeakoulutettuja oli merkittävästi vähemmän kuin koko väestössä (SVT, 2018). Vastaajien ammattiryhmien jakaumaa soveltuvien osin vertaillen oli vastaajissa merkittävästi enemmän työntekijöitä kuin väestössä keskimäärin. Lisäksi vastaajissa oli enemmän yrittäjiä (7,5 % > 5,1 %) sekä opiskelijoita (20,8 % > 9,4 %) kuin saman ikäisessä väestössä. (SVT, 2015.)

2.2 Menetelmä

Tutkielman aineistonkeruu toteutettiin retrospektiivisenä poikittaistutkimuksena tätä tutkielmaa varten laaditulla sähköisellä kyselylomakkeella. Kyselylomakkeen sisällön koostamisessa hyödynnettiin aiheesta olevaa tutkimustietoa, kirjallisuutta sekä haastatteleamalla aikuisena ADHD-diagnosoituja naisia (Vehkalahti, 2019). Taustakysymysten teoriaperusta on kuvattu taulukkoon 3 ja käyttäytymistä ja käsityksiä koskevien kysymysten teoriaperusta liitteisiin 1 ja 2. Käytössä oleviin mittareihin tutustuttaessa ilmeni, että sekä BRIEF-A (Roth ym., 2005, viitattu lähteessä Skogli ym., 2013, 5) että BADDS (BADDS; Brown, 1996, viitattu lähteessä Collett ym., 2003, 1030–1032) eivät olleet ilmaiseksi saatavilla, joten kyseiset mittarit oli jätettävä tarkastelusta pois. Kyselyn alustana toimi Helsingin yliopiston sähköinen lomaketyökalu, E-lomake (<https://elomake.helsinki.fi/>).

Taulukko 4. Lomakkeen ensimmäisten kysymysten teoriaperusta.

KYSYMYKSET	KYSYMYKSEN TEORIAPERUSTA		
MIKÄ SAI SINUT HAKEUTUMAAN ADHD-TUTKIMUKSIIN?	Fayyad ym., 2007	Asherson ym., 2012	Quinn, 2005
MITEN AKTIIVISUUDEN JA TARKKAUVUUDEN HÄIRIÖSI PÄÄSÄÄNTÖISESTI ILMENEET?	Gorlin, Dalrymple, Chelminski & Zimmerman, 2016	Øie ym., 2018	Murray ym., 2019
MITKÄ NÄISTÄ SOPIVAT KUVAAVAAN LAPSUUDEN PERHETTÄSI?	Froehlich ym., 2011	Sigfusdottir ym., 2017	Faraone ym., 2000

Valmis lomake koostui kuudesta eri kokonaisuutta kartoittavasta osiosta (72 kysymystä):

1. Aikuisena ADHD-diagnosoitujen naisten taustatiedot (4 kysymystä)
2. ADHD-diagnoosin saamista koskevat tiedot (11 kysymystä)
3. Lapsuuden perhettä koskevien väittämien arviointi (8 kysymystä)
4. Käyttäytymistä kouluympäristössä koskevien väitteiden arviointi (9 kysymystä)

5. Käyttäytymistä yleisesti koskevien väitteiden arviointi (29 kysymystä)

6. ADHD:n tunnistamiseen liittyvien käsitysten arviointi (11 kysymystä)

Kyselyn avulla kerättiin kahdenlaista aineistoa, määrällistä ja laadullista. Määrällinen aineisto koostui tutkimuksen taustatietokysymyksistä ja luokitteluasteikolla mitattavista mielipiteistä sekä kuvausten sopivuusasteesta. Laadullinen aineisto koostui kyselyn neljästä avoimesta kysymyksestä. Tutkielmassa selvitettäviä taustatietoja olivat syntymävuosi, maakunta, koulutusaste sekä ammattiryhmä, joiden luokittelu perustui yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston vuoden 2019 Tiedebarometriin (FSD3398). Lisäksi kartoitettiin minkä ikäisenä ADHD diagnosoitiin sekä häiriön pääsääntöinen ilmenemismuoto. Ilmenemismuodon vaihtoehdot olivat: tarkkaamattomuus (ADHD-I, ADD), hyperaktiivisuus ja/tai impulsiivisuus (ADHD-H) tai molemmat (ADHD-C).

Lomakkeen ensimmäiset kysymykset olivat monivalintakysymyksiä dikotomisista vastausvaihtoehdoista. Kysymykset olivat muodoltaan sellaisia, että niihin oli luontevinta vastata ”kyllä” tai ”ei”, joten dikotomian käyttö oli perusteltua. Dikotomialla pyrittiin myös tekemään lomakkeen täytön aloittamisesta mahdollisimman vaivatonta ja siten ehkäisemään osallistujien mahdollista vastausväsymystä. (Vehkalahti, 2019.) Kysymykset koskivat ADHD-tutkimukseen hakeutumisyytä ja kuvauksia lapsuuden perheestä. ADHD-tutkimuskysymyksessä oli lisänä sanallinen vastausvaihtoehto.

Kysymyssarjat käyttäytymisestä ennen murrosikää (alle 12-vuotiaana) jakautuivat kysymyksiin koskien käyttäytymistä kouluympäristössä (esim. ”Sinun oli vaikeaa odottaa omaa vuoroasi”) sekä käyttäytymistä yleisemmin muualla kuin koulussa (esim. ”Haastoit riittä ollessasi tylsistynyt”). Vastaaajat vastasivat näihin kysymyksiin neliporaisella luokitteluasteikolla. Seuraavassa kysymyssarjassa vastaaajat arvioivat omia käsityksiään suhteessa lomakkeen väittämiin mm. ADHD:n tunnistamisen vaikutusta itsetunnon kehitykselle sekä läheisten suhtautumista diagnoosiin. Avoimissa kysymyksissä kahdessa pyydettiin arvioimaan ADHD:n tunnistamisen vaikutuksia opiskelu- tai työelämään sekä yksityiselämään ja sosiaalisiin suhteisiin. Toiseksi viimeinen avoin kysymys koski vastaajan mielipidettä siitä, mistä hänen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriönsä olisi voitu tunnistaa ennen murrosikää. Viimeisellä avoimella kysymyksellä annettiin vastaajalle mahdollisuus kertoa jotain muuta.

Lomake pilotoitiin (18.3.–8.4.2020) ennen varsinaista aineistonkeruuta kymmenen koevastaajan avulla. Pilotoinnilla haluttiin selvittää, ovatko kysymykset ymmärrettäviä, esiin-

tyykö lomakkeen täytössä teknisiä ongelmia ja onko lomakkeen pituus sopiva kohderyhmälle. Pilotoinnin pohjalta muokattiin kysymysten muotoilua, järjestystä sekä lomakkeen vastaamiseen liittyviä ohjeistuksia.

Kyselylomakkeen lisäksi laadittiin saatekirje (Liite 6). Saatekirjeessä vastaajille kerrottiin kirjallisesti kyselyn tarkoitus sekä arvioitu kyselyn vastaamisen kesto, 10–15 minuuttia. ADHD-liitto julkaisi saatekirjeen ja kyselylinkin sosiaalisessa mediassa Facebook-sivullaan 15.4.2020. Linkki jaettiin ryhmiin ADHD:n arki, AD(H)D avoin vertaistukiryhmä sekä AD/HD AIKUISET. Yhteensä kyselyn linkki jaettiin 38 kertaa. Kysely oli avoinna 15.4.2020–24.4.2020 välisen ajan. Kysely toteutettiin nimettömänä ja vastaaminen oli täysin vapaaehtoista. Kyselyn vastauksia ei pystytäkään yhdistämään analysointivaiheessa yksittäiseen henkilöön.

2.3 Analyysi

Aineisto siirrettiin suoraan E-lomake-ohjelmasta IBM SPSS Statistics 25 -ohjelmaan tilastollista analyysia varten ja tallennettiin Excel-taulukkoon. Alustavassa käsittelyssä aineistoa muokattiin numeeriseen muotoon ja siten tilastolliseen analyysiin paremmin soveltuvaksi. Kysymykset, joissa vastausvaihtoehdot olivat dikotomisina, muoto muutettiin ”kyllä” (1) ja ”ei” (0). Kysymyssarjat käyttäytymisestä ennen murrosikää muutettiin numeeriseen muotoon: ei kuvaa ollenkaan (-1), kuvaa jonkun verran (1), kuvaa hyvin (2) ja en osaa sanoa (0). Vastaajien arvioinnit omista käsityksiään suhteessa lomakkeen väittämiin, koodattiin ”täysin samaa mieltä” (3), ”jokseenkin samaa mieltä” (2), ”jokseenkin eri mieltä” (-1), ”täysin eri mieltä” (-2) ja en osaa sanoa (0). Lomakkeen ulkoasun selkeyden vuoksi pisteytys ei ollut vastaajille nähtävillä. Puuttuvat ja epäselvät arvot paikannettiin ja mahdollisuuksien mukaan korvattiin (Vehkalahti, 2019). Esimerkiksi jos vastaaja oli koulutusasteeseen ilmoittanut useamman kuin yhden tutkinnon, täydennettiin vastaukseksi valituista vaihtoehdoista korkeampi koulutusaste. Vastaajien ilmoittama syntymävuosi muutettiin aineistoon kokonaisiksi ikävuosiksi, jotta vertailu suhteessa diagnosointi-ikäen olisi yhdenmukaisempaa. Kyselyn vastaukset soveltuivat tutkielmaan, sillä vastauksista ei löytynyt esimerkiksi vain yhden luokitteluasteikkoarvon vastauksia.

Kysymyksistä neljä oli merkitty pakollisiksi, mutta selvä enemmistö (n = 339, 94 %) vastaajista vastasi jokaiseen suljettuun kysymykseen. Vastaajista 89 % vastasi vähintään

yhteen avoimeen kysymykseen ($n = 322$). Tarkastellessa, moniko vastaaja vastasi jokaiseen lomakkeen kysymykseen, mukaan lukien avoimet kysymykset, tulos oli 36,4 % ($n = 131$). Puuttuvia vastauksia oli eniten lomakkeen loppuosan avoimissa kysymyksissä.

Spearmanin korrelaatiokertoimella analysoitiin muuttujien välisiä yhteyksiä (esim. oireiden yhteisesiintyvyyttä). Korrelaatiotarkastelun lisäksi muuttujien välisiä yhteyksiä tarkistettiin ristiintaulukoinnilla. Muuttujien jakaumien normaalisuus testattiin Kolmogorov-Smirnovin (KS) -testillä, jonka merkitsevyys (Asymp.Sig) hylkäsi nollahypoteesin ($p = .000$) jakauman normaalisuudesta. Mittarin yhtenäisyyden tutkimiseksi kaikki muuttujien asteikot käännettiin samansuuntaiseksi, minkä jälkeen reliabiliteettianalyysillä tarkasteltiin kaikkien käyttäytymistä koskevien ($N = 38$) vastausten yhteyttä toisiinsa. Cronbachin alpha sai arvon ,829, mikä kertoo mittarin eri kysymysten mittaavan yhdenmukaisesti samaa ilmiötä. Alustavassa analyysissä kokeiltiin tiivistää aineistoa muodostamalla summamuuttujia pääkomponenttianalyysin avulla. Tiivistäminen ja päällekkäiset korrelaatiot kuitenkin heikensivät mittarin arvoa (Cronbachin alpha = ,687), joten faktoroinnista luovuttiin.

Aineiston analysointi aloitettiin katsomalla aineistosta suorat jakaumat eli frekvenssit. Tutkimustulosten tulkintaan käytettiin aluksi yleisiä tunnuslukuja, kuten keskiarvoa ja keskihajontaa. Keskihajonnoissa yli arvon 1 ($kh > 1,00$) saivat peräti 16 käyttäytymiseen liittyvän vastauksen keskiarvoa, mikä suhteutettuna melko kapeaan vaihteluväliin (min: -1, max: 2) voidaan tulkita suureksi vaihteluksi (ks. liite 3).

Alustavassa käsittelyssä kysymykseen, jossa kartoitettiin syitä, joiden vuoksi vastaaja on hakeutunut ADHD-tutkimuksiin, yksi vastaajien ilmoittama ”Jokin muu syy” -vastausvaihtoehto (”lapsen diagnoosi”) toistui useassa lomakkeessa. Vastausvaihtoehto koodattiin numeeriseen muotoon, jotta vastausta voitiin käsitellä yhdessä valmiiksi koodattujen vastausvaihtoehtojen kanssa. Koska vastausvaihtoehtoa ei ollut valmiiksi muotoiltuna esitetty vastaajille, on tulokseen suhtauduttava varauksella. (Valli, 2018b.)

3 Tulokset

3.1 Yleisimmin ilmenneet ADHD-oireet

Koska vaihtelu muuttujien arvoissa todettiin suureksi, tarkasteltiin tuloksia ensisijaisesti suorien jakaumien avulla. ADHD-oireiden ilmenemisen yleisyyttä arvioidessa vastauksia tiivistettiin yhdistämällä ”Kuvaa jonkin verran” ja ”Kuvaa hyvin” yhdeksi arvoksi. Poistamalla vertailusta puuttuvat sekä ”En osaa sanoa” -vastaukset, jäi vertailuun vaihtoehdot ”Kuvaa” ja ”Ei kuvaa”. Dikotomia yksinkertaisti tarkasteltua ja siten mahdollisti usean muuttujan käsittelyn samanaikaisesti (Vehkalahti, 2019; ks. liite 4). Yleisimmät lapsuudessa ilmenevät ADHD-oireet olivat uppoutuminen ja ajantajun menettäminen (95,6 %) tylsien tai vaikeiden tehtävien aloittamisen lykkääminen (95,3 %) sekä vaikeudet huoneen pitämisessä siistinä (92,8 %). Myös tehtävänannon lukematta jättämisestä sekä tavaroiden hukkaamista raportoi yli 90 % kaikista vastaajista. Yleisimmät oireet, joita yli 80 % vastaajista raportoi tunnistaneensa, on esitetty kuvassa 2.

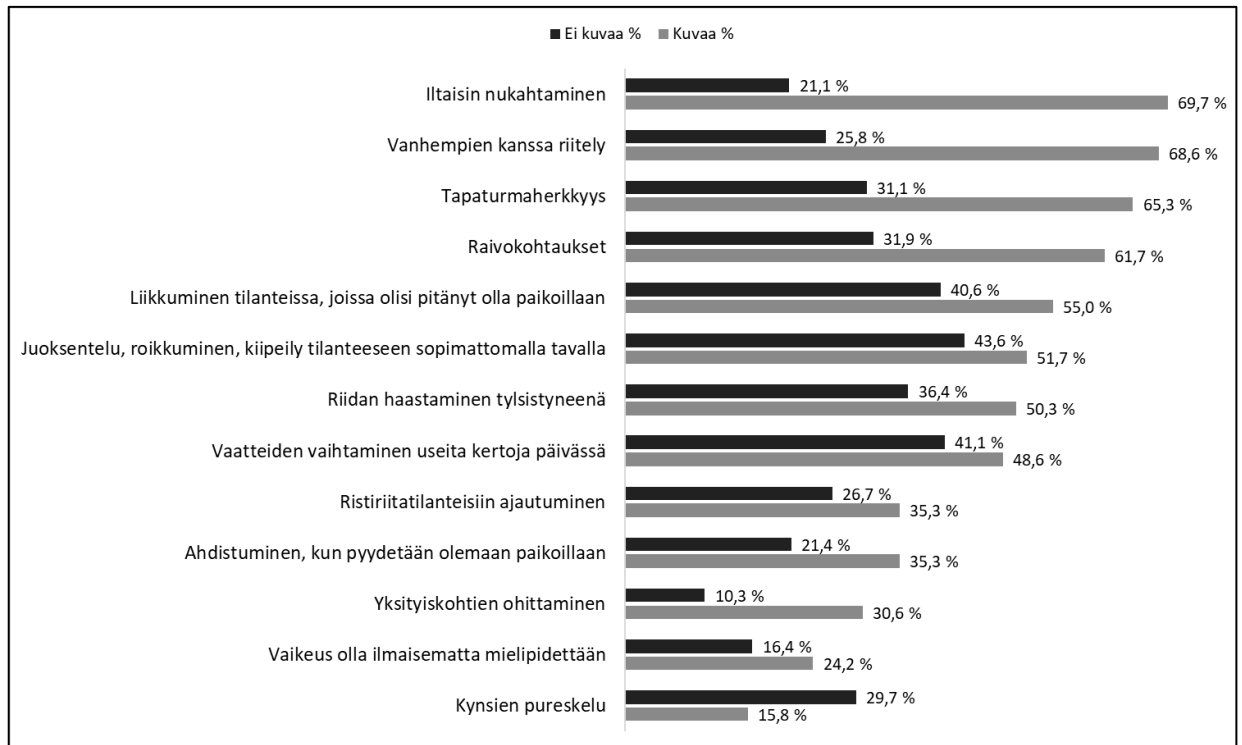


Kuva 2. Yleisimmin ilmenneet oireet.

Vastaajista valtaosa ilmoitti jonkinasteisista unihäiriöistä; 71,9 % raportoi nähneensä voimakkaita painajaisunia ja 69,7 % raportoi vaikeuksia iltaisin nukahtamisessa. Tunteiden vaihteluun ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvistä käyttäytymiskuvauksista yleisimmät olivat tunteiden voimakas vaihtelu (86,1 %), herkästi itkeminen (75,3 %) sekä vaikeus pitää yllä ystävyssuhteita (71,1 %). Sisarusten kanssa riitelyä (70,8 %) raportoitii hiukan

yleisimmin kuin vanhempien kanssa riitelyä (68,6 %). Myös raivokohtauksia (61,7 %) sekä riidan haastamista tylsistyneenä (50,3 %) raportoi yli puolet vastaajista.

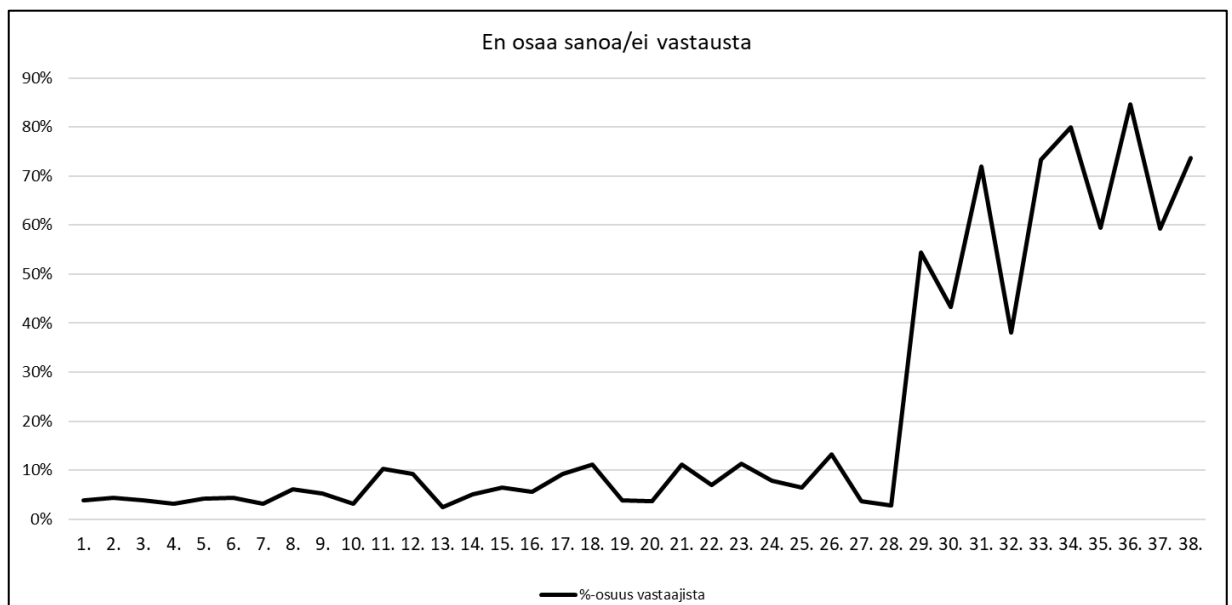
Suurimmat vaihteluvälit ($kh > 1,2$) osoittivat, että vastaukset jakaantuivat lähes tasan ”Ei kuvaa” ja ”Kuvaa” vaihtoehtojen välille (esim. Vaatteiden vaihtaminen useita kertoja päivässä 41,1 % vastasi ”Ei kuvaa” ja 48,6 % ”Kuvaa”). Kuvassa 3 on esitetty muuttujat, joiden vastauksissa on suurimmat hajonnat.



Kuva 3. Oireet, joiden ilmenemisessä oli suurimmat hajonnat.

Liikkumista tai muuta motorista toimintaa kuvaavista käyttäytymiskuvauksista yleisin oli kynällä naputtelu tai muilla esineillä leikkiminen (90,6 %). Kynsien pureskelua raportoi vain 15,8 % vastaajista, kun taas hiusten hypistelyä raportoitiin hiukan yleisemmin (22,5 %). Liikkeelle lähtemistä tilanteissa, joissa odotettiin pysyvän paikoillaan sekä juoksentelua, roikkumista tai kiipeilyä tilanteeseen nähden sopimattomalla tavalla raportoi vain hiukan yli puolet vastaajista. Noin kolmannes (35,3 %) vastaajista ilmoitti ahdistuneensa, kun pyydettiin pysymään paikoillaan.

Vastausjakaumia tarkastellessa ilmeni, että puuttuvien vastausten sekä ”En osaa sanoa”-vastausten osuus kasvoi lomakkeen loppuosan monivalintakysymyksissä. Ensimmäisten kahdenkymmenen kahdeksan (28) kysymyksen osalta osuus pysyi alle 15 %, mutta sen jälkeen nousi jyrkästi (ks. kuva 4).



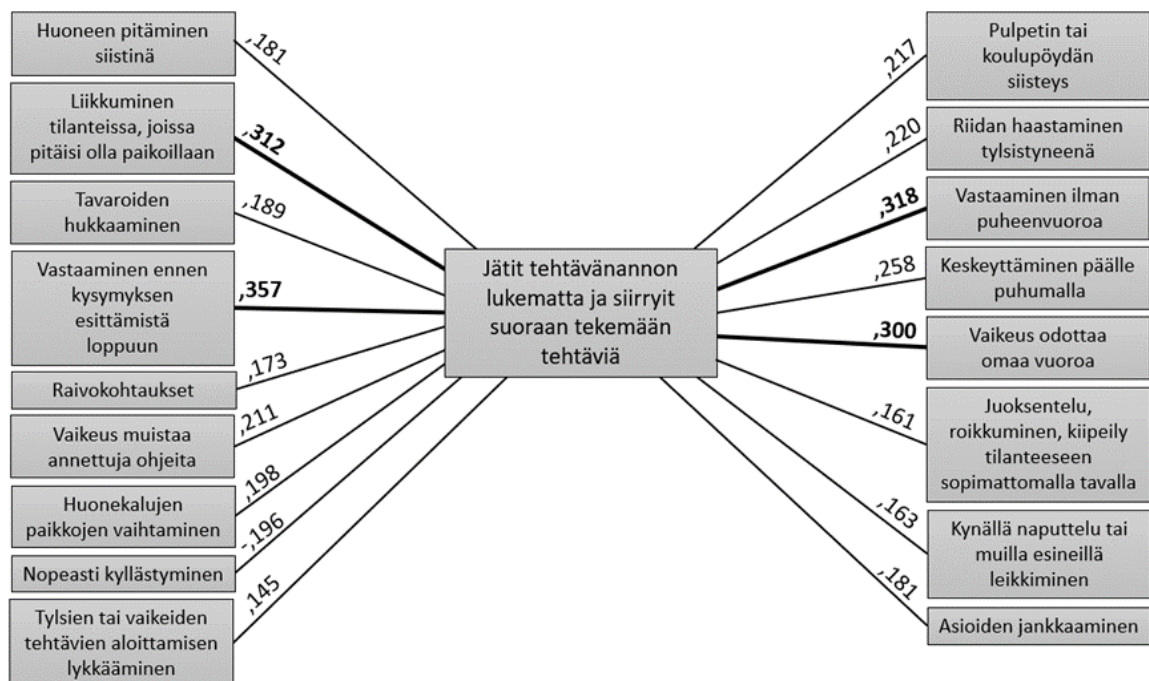
1. Tehtävänannon lukematta jättäminen; 2. Liikkuminen tilanteissa, joissa olisi pitänyt olla paikoillaan; 3. Vastaaminen ilman puheenvuoroa; 4. Vaikeus odottaa omaa vuoroa; 5. Keskeyttäminen päälle puhumalla; 6. Juoksentelu, roikkuminen, kiipeily tilanteeseen sopimattomalla tavalla; 7. Pulpetin tai koulupöydän siisteys ja järjestys; 8. Kynällä naputtelu tai muilla esineillä leikkiminen; 9. Vaikeus muistaa annettuja ohjeita; 10. Uppoutuminen ja ajantajun menettäminen; 11. Vaatteiden vaihtaminen useita kertoja päivässä; 12. Iltaisin nukahtaminen; 13. Huoneen pitäminen siistinä; 14. Itkuherkkyys; 15. Raivokohtaukset; 16. Vanhempien kanssa riitely; 17. Painajaisunet; 18. Sisarusten kanssa riitely; 19. Tylsien tai vaikeiden tehtävien aloittamisen lykkääminen; 20. Ystävyyssuhteiden ylläpitämisen vaikeus; 21. Asioiden jankkaaminen; 22. Tunteiden vaihtelu; 23. Yksityiskohtiin takertuminen; 24. Vastaaminen ennen kysymyksen esittämistä loppuun; 25. Huonekalujen paikkojen vaihtaminen; 26. Riidan haastaminen tylsistyneenä; 27. Tapaturmaherkkyys; 28. Tavaroiden hukkaaminen; 29. Kynsien pureskelu; 30. Ahdistuminen, kun pyydetään olemaan paikoillaan; 31. Hiusten hypistely; 32. Ristiriitatilanteisiin ajautuminen; 33. Asioiden murehtiminen; 34. Epäonnistumisista itsensä soimaaminen; 35. Vaikeus olla ilmaisematta mielipidettään; 36. Uusista asioista innostuminen; 37. Yksityiskohtien ohittaminen; 38. Nopeasti kyllästyminen

Kuva 4. "En osaa sanoa" ja puuttuvien vastausten prosenttiosuus lomakkeen kysymysjärjestyksessä.

3.2 Oireiden yhteisesiintyvyys

Oireiden yhteisesiintyvyyttä tarkastellessa painotettiin ensisijaisesti yleisimpien oireiden (ks. luku 3.1) välistä yhteyttä (ks. taulukko 5), minkä lisäksi vastausjakautumia tarkasteltiin taulukoimalla prosenttiosuuksia. Taulukossa 6 on havainnollistettu, kuinka suuri osa vastaajista ilmoitti kahden käyttäytymispiirteen olevan heidän lapsuusajan käyttäytymistään kuvaavia. Leikkimään uppoutuminen ja ajantajun menettäminen oli yhteydessä asioiden jankkaamisen ($r_s = ,148$, $p < ,0005$) ja yksityiskohtiin takertumisen ($r_s = ,277$, $p < ,0005$) kanssa. Tylsien tai vaikeiden tehtävien aloittamisen lykkääminen oli voimakkaimmin yhteydessä tavaroiden hukkaamisen ($r_s = ,233$, $p < ,0005$), vaikeudessa pitää huone siistinä ($r_s = ,200$, $p < ,0005$) sekä tunteiden voimakkaan vaihtelun ($r_s = ,169$, $p < ,0005$) kanssa. Vaikeus pitää huone siistinä oli voimakkaasti yhteydessä vaikeuteen pitää pulpetti tai työpöytä järjestyksessä ($r_s = ,513$, $p < ,0005$) sekä tavaroiden hukkaamisen ($r_s = ,347$, $p < ,0005$) kanssa. Kuvaan 5 on havainnollistettu tehtävänannon lukematta jättä-

misen merkitsevimmät ($p < ,0005$) korrelaatiot, joista suurimmat yhteydet ($r_s > ,300$) tarkistettiin ristiintaulukoinnilla ja Khiin neliö -testillä. Ristiintaulukoinnissa vastaukset tiivistettiin samoin kuin oireiden yleisyyttä tutkittaessa (ks. luku 3.1). Yleisimmistä käyttäytymiskuvauksista tehtävänannon lukematta jättäminen korreloi useimman käyttäytymiskuvauksen kanssa merkitsevästi ($p < ,0005$). Tehtävänannon lukematta jättäminen oli yhteydessä vastaamiseen ennen kysymyksen esittämistä loppuun; 78,6 % ($n = 323$; $\chi^2 (1) = 10,218$; $p < 0,001$) vastaajista raportoi molempien kuvaavan heidän käyttäytymistään. Samoin tehtävänannon lukematta jättämisen kanssa raportoitii usein vastaamista ilman omaa puheenvuoroa ($n = 245$, 68,1 %; $n = 337$; $\chi^2 (1) = 31,704$; $p < 0,001$) sekä liikkeelle lähtemistä tilanteissa, joissa pitäisi olla paikoillaan ($n = 191$, 53,1 %; $n = 335$; $\chi^2 (1) = 63,113$; $p < 0,001$). Myös oman vuoron odottamisen vaikeus oli monella vastaajalla yhteydessä tehtävänannon lukematta jättämiseen ($n = 269$, 74,7 %; $n = 340$; $\chi^2 (1) = 59,038$; $p < 0,001$). Erittäin merkitsevä negatiivinen korrelaatio oli vain nopeasti kyllästy-
misen ($r_s = -,196$, $p < ,0005$) ja tehtävänannon lukematta jättämisen välillä. Ristiintaulukoinnin mukaan 70 (19,4 %) vastaajaa oli vastannut kuvausten sopivan, mutta Khiin neliö -testin mukaan muuttujien välillä ei ollut merkitsevää riippuvuutta ($\chi^2 (1) = 0,106$; $p = 0,745$).



Kuva 5. Tehtävänannon lukematta jättämisen tilastollisesti erittäin merkitsevät ($p < ,0005$) yhteydet muihin käyttäytymispiirteisiin.

Taulukko 5. Muuttujien väliset yhteydet.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
1. Tehtävänanto	–																			
2. Vastaaminen ilman vuoroa	,318**	–																		
3. Oman vuoron odottaminen	,300**	,640**	–																	
4. Päälle puhuminen	,258**	,656**	,600**	–																
5. Pulpetin siisteys	,217**	,142**	,052	,054	–															
6. Kynän naputtelu	,163**	,105*	,150**	,089	-,021	–														
7. Ohjeiden muistaminen	,211**	,066	,116*	,121*	,044	,234**	–													
8. Leikkeihin uppoutuminen	-,021	-,108*	-,049	-,090	-,024	,082	,082	–												
9. Huoneen siisteys	,181**	,052	,099	,027	,513**	,043	,019	,058	–											
10. Herkästi itkeminen	,058	,084	,137**	,093	,042	,093	,122*	,117*	,123*	–										
11. Voimakkaat painajaiset	,003	,150**	,172**	,189**	-,020	,113*	,107*	,110*	,022	,258**	–									
12. Riitely sisaruksen kanssa	,066	,157**	,152**	,193**	,045	,096	,101	-,013	,034	,073	,295**	–								
13. Tehtävien lykkääminen	,145**	,005	,060	,070	,127*	,142**	,101	,044	,200**	,086	,079	,124*	–							
14. Ystävyyssuhteiden ylläpito	,104	-,006	,055	,062	,004	,048	,124*	,043	,056	,183**	,050	,146**	,078	–						
15. Asioiden jankkaaminen	,181**	,231**	,210**	,224**	,019	,147**	,115*	,148**	,076	,243**	,206**	,225**	,093	,207**	–					
16. Tunteiden vaihtelu	,079	,143**	,254**	,176**	,068	,121*	,061	,055	,116*	,324**	,215**	,246**	,169**	,122*	,328**	–				
17. Yksityiskohtien takertuminen	,136*	,107*	,135*	,112*	-,177**	,176**	,094	,277**	,021	,228**	,240**	,115*	,158**	,199**	,532**	,360**	–			
18. Vastaaminen ennen kysymystä	,357**	,537**	,497**	,569**	,078	,221**	,082	-,017	,068	,116*	,176**	,099	,161**	,131*	,318**	,249**	,264**	–		
19. Huonekalujen järjestys	,198**	,215**	,157**	,222**	-,058	,161**	,064	,081	-,051	,156**	,212**	,051	,131*	,074	,073	,145**	,089	,357**	–	
20. Tavaroiden hukkaaminen	,189**	,098	,192**	,106*	,378**	-,024	,150**	,019	,347**	,109*	,173**	,115*	,233**	,004	,100	,157**	,105*	,180**	,064	–

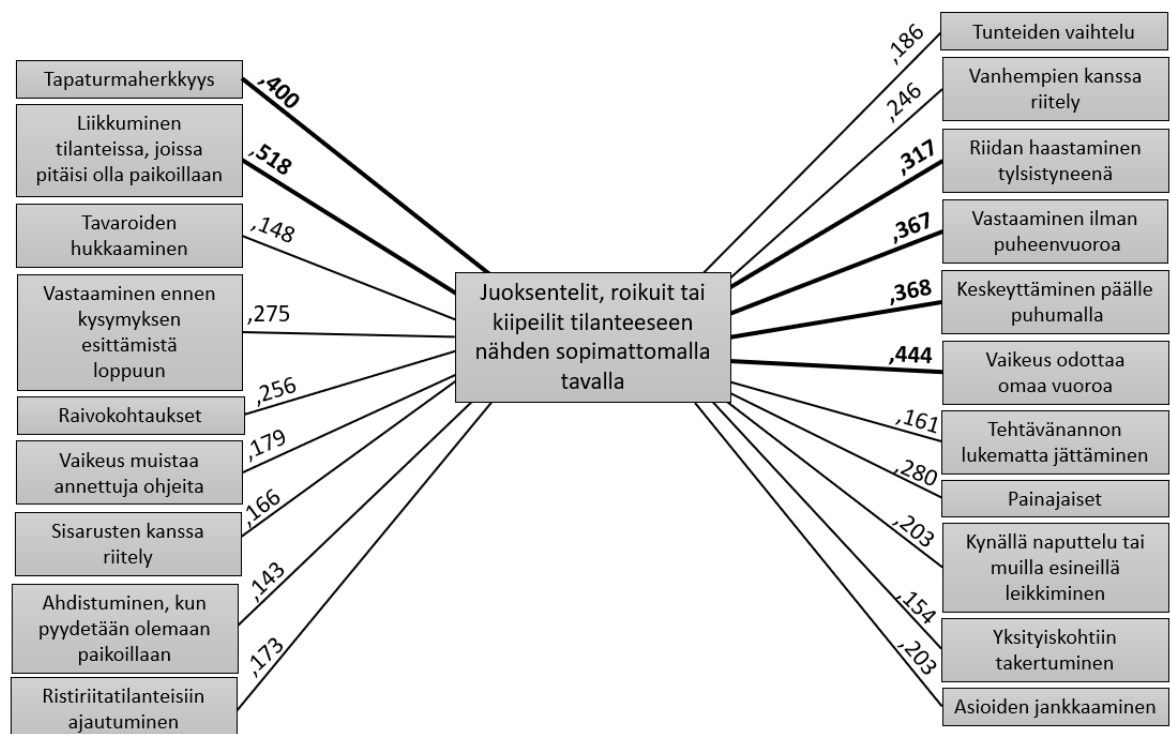
** $p < ,0005$, * $p < ,01$.

Taulukko 6. Yleisimpien oireiden yhteisesiintyvyyksien %-osuudet.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. Uppoutuminen ja ajantajun menettäminen	-										
2. Tylsien/vaikeiden tehtävien aloittamisen lykkääminen	92,2	-									
3. Huoneen pitäminen siistinä	89,4	90,0	-								
4. Tehtävänannon lukematta jättäminen	86,9	87,5	85,6	-							
5. Kynällä naputtelu tai muilla esineillä leikkiminen	86,7	87,5	84,2	84,2	-						
6. Tavaroiden hukkaaminen	86,4	87,5	86,9	84,2	82,5	-					
7. Vaikeus muistaa annettuja ohjeita	85,0	85,3	82,2	82,8	82,2	80,0	-				
8. Tunteiden vaihtelu	83,1	83,1	81,7	80,0	79,2	79,4	77,8	-			
9. Vastaaminen ennen kysymyksen esittämistä loppuun	80,8	80,8	78,1	78,6	77,8	77,5	75,6	77,2	-		
10. Yksityiskohtien takertuminen	79,4	79,2	76,7	75,6	76,4	74,7	72,8	73,6	71,4	-	
11. Pulpetin tai koulupöydän siisteys ja järjestys	77,5	77,2	78,3	76,1	73,3	75,8	72,8	70,6	69,2	65,0	-

N / 100 % = 360. %-luku ilmaisee, kuinka moni vastaajista ilmoitti molempien oireiden ilmenneen lapsuudessa. Pyöristys yhden desimaalin tarkkuudella.

Vastausjakaumissa olleen suuren vaihtelun vuoksi tarkasteltiin oireiden yhteisesiintyvyyttä myös sellaisen muuttujan osalta, jossa jakauma oli suuri. Tilanteeseen nähden sopimattomalla tavalla juoksemista, roikkumista tai kiipeilyä raportoi 51,7 % (n = 186) vastaajista, kun taas 43,9 % (n = 158) vastaajista raportoi, ettei kuvaus sovi. Kuvassa 6 on tilastollisesti merkitsevimpien ($p < ,0005$) korrelaatioiden voimakkuudet, joista suurimmat ($r_s > ,300$) tarkastettiin taas ristiintaulukoinnin ja Khiin neliö -testin avulla. Vastaajista 39,2 % (n = 141) raportoi tilanteeseen nähden sopimatonta juoksentelua, roikkumista tai kiipeilyä samanaikaisesti kuin liikkeelle lähtemistä tilanteissa, joissa heidän odotettiin olevan paikoillaan (n = 335; $\chi^2 (1) = 68,210$; $p < 0,001$). Yleisinä samanaikaisoireina juoksentelun, roikkumisen tai kiipeilyn kanssa olivat myös vaikeus odottaa omaa vuoroa (n = 172, 47,8 %; n = 338; $\chi^2 (1) = 40,636$; $p < 0,001$), tapaturmaherkkyys (n = 153, 42,5 %; n = 333; $\chi^2 (1) = 48,924$; $p < 0,001$), keskeyttäminen päälle puhumalla (n = 167, 46,4 %; n = 334; $\chi^2 (1) = 30,646$; $p < 0,001$), ilman puheenvuoroa vastaaminen (n = 158, 43,9 %; n = 334; $\chi^2 (1) = 39,280$; $p < 0,001$) ja riidan haastaminen tylsistyneenä (n = 117, 32,5 %; n = 301; $\chi^2 (1) = 30,396$; $p < 0,001$).



Kuva 6. Tilanteeseen nähden sopimattomalla tavalla juoksentelun, roikkumisen tai kiipeilyn tilastollisesti erittäin merkitsevät ($p < ,0005$) yhteydet muihin käyttäytymispiirteisiin

3.3 Yleisimmät oireet suhteutettuna diagnoosikriteereihin

Yhdestätoista yleisimmin raportoiduista oireesta kolme on suoraan verrattavissa sekä ICD-10:n (THL, 2012) sekä DSM-5:n (APA, 2015) diagnoosikriteereihin. Tylsien tai vaikeiden tehtävien aloittamisen lykkääminen on verrattavissa ICD-10:n (THL, 2012) keskittymiskyvyttömyyskuvaukseen 6 ("Usein välttää tai kokee voimakkaan vastenmielisenä tehtävät, jotka vaativat psyykkisen ponnistelun ylläpitämistä, kuten esimerkiksi läksyt") sekä DSM-5:n (APA, 2015) tarkkaamattomuuskuvaukseen 6 ("Usein välttelee, inhoaa tai on haluton suorittamaan tehtäviä, jotka vaativat pitkäkestoista henkistä ponnistelua; kuten koulu- tai kotitehtävät, lomakkeiden täyttäminen"). Tavaroiden hukkaaminen on niin ikään verrattavissa ICD-10:n (THL, 2012) ja DSM-5:n (APA, 2015) keskittymiskyvyttömyys/tarkkaamattomuuskuvaukseen 7 (ks. Taulukko 7., ks. Luku 1.2, Taulukko 1). Impulsiivisuuskuvauksista yhteensopiva "Vastaaminen ennen kysymyksen esittämistä loppuun" -kuvauksen kanssa ovat ICD-10:n (THL, 2012) impulsiivisuuskuvauks 1 sekä DSM-5:n (APA, 2015) hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus 7.

Taulukko 7. Yleisimmät oireet suhteutettuna diagnoosikriteereihin

Käyttäytymiskuvaus/oire	ICD-10 (THL, 2012)	DSM-5 (APA, 2015)
Uppoutuminen ja ajantajun menettäminen		
Tylsien tai vaikeiden tehtävien aloittamisen lykkääminen	<i>Keskittymiskyvyttömyys 6.</i>	<i>Tarkkaamattomuus 6.</i>
Huoneen pitäminen siistinä	<i>(Vrt. Keskittymiskyvyttömyys 5.)</i>	<i>(Vrt. Tarkkaamattomuus 5.)</i>
Tehtävänannon lukematta jättäminen		
Kynällä naputtelu tai muilla esineillä leikkiminen	<i>(Vrt. Hyperaktiivisuus 1.)</i>	<i>(Vrt. Hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus 1.)</i>
Tavaroiden hukkaaminen	<i>Keskittymiskyvyttömyys 7.</i>	<i>Tarkkaamattomuus 7.</i>
Vaikeus muistaa annettuja ohjeita	<i>(Vrt. Keskittymiskyvyttömyys 4.)</i>	<i>(Vrt. Tarkkaamattomuus 4.)</i>
Tunteiden vaihtelu		
Vastaaminen ennen kysymyksen esittämistä loppuun	<i>Impulsiivisuus 1.</i>	<i>Hyperaktiivisuus ja impulsiivisuus 7.</i>
Yksityiskohtiin takertuminen		
Pulpetin tai koulupöydän siisteys ja järjestys	<i>(Vrt. Keskittymiskyvyttömyys 5.)</i>	<i>(Vrt. Tarkkaamattomuus 5.)</i>

Diagnostiset kriteerit luvussa 1.2: Taulukko 1.

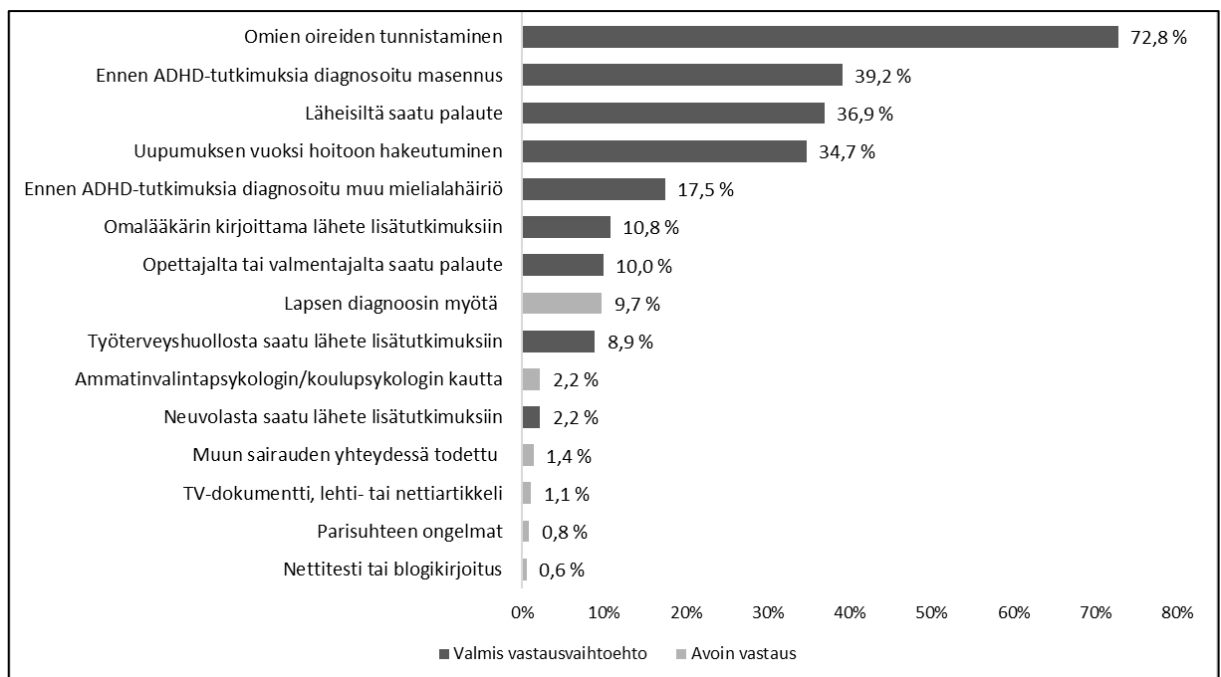
Oireita tai käyttäytymiskuvauksia, joiden vertaaminen diagnoosikriteereihin (THL, 2012: APA, 2015) vaatii tulkintaa, oli yhteensä neljä. Huoneen pitäminen siistinä sekä pulpetin tai koulupöydän siisteys voivat kuulua kuvaukseen, joka ICD-10:ssä (THL, 2012) on "Kyky järjestää tehtäviä ja toimintoja on usein huonontunut" ja DSM-5:ssä (APA,

2015) ”Usein toistuvia vaikeuksia tehtävien ja toimien järjestämisessä (työskentely se-
kaista, huono ajan hallinta)”, mutta eivät suoraan tarkoita samaa asiaa. Niin ikään ”Ky-
nällä naputtelu tai muilla esineillä leikkiminen” voi sisältyä ICD-10:n (THL, 2012) ”Liikut-
telee usein levottomasti käsiään tai jalkojaan tai vääntelehtii tuolillaan”, joka on lähes
samoin sanoin myös DSM-5:ssä (APA, 2015), mutta ei suoraan ole verrattavissa kyse-
lylomakkeen kuvaukseen.

Yleisiksi ilmoitettuja käyttäytymiskuvauksia, joita kummassaan diagnoosikriteereissä
(THL, 2012; APA, 2015) ei ole, on yhteensä neljä: uppoutuminen ja ajantajun menettä-
minen, tehtävänannon lukematta jättäminen, tunteiden vaihtelu sekä yksityiskohtiin ta-
kertuminen.

3.4 Yleisimmät syyt hakeutua ADHD-tutkimuksiin

Vastaajien raportoima yleisin syy hakeutua ADHD-tutkimuksiin oli omien oireiden tunnis-
taminen, minkä valitsi 72,8 % (n = 262) vastaajista. ADHD-tutkimuksia edeltäväksi diag-
nooseiksi vastaajista 39,2 % (n = 141) ilmoitti masennuksen ja 17,5 % (n = 63) jonkun
muun mielialahäiriön. Yli kolmanneksella (36,9 %; n = 133) vastaajista läheisiltä saatu
palaute oli yhtenä ilmoitettuna syynä hakeutua tutkimuksiin, kun taas 10,0 % (n = 36)
ilmoitti palautteen antajaksi valmentajan tai opettajan. Omalääkärin läheteen lisätutki-
muksiin ilmoitti saaneensa 10,8 % (n = 39) vastaajista. (Ks. kuva 7).



Kuva 7. ADHD-tutkimuksiin hakeutumisen syyt.

Avoimissa vastauksissa ilmoitettuja syitä olivat lapsen diagnoosin myötä omien oireiden tunnistaminen, ammatinvalinta- tai koulupsykologilta saatu lähete lisätutkimuksiin, muun sairauden hoidon yhteydessä toteaminen, TV-dokumentin tai kirjoitetun artikkelin myötä epäilyksen herääminen sekä parisuhteen ongelmiin avun etsiminen. Yksi vastaajista ilmoitti ennen tutkimuksiin hakeutumista tehneensä aiheesta nettitestin ja samoin yksi vastaajista raportoi vaikuttimena olleen blogitekstin lukeminen aiheesta.

4 Pohdinta

Tutkielman ensisijainen tarkoitus oli retrospektiivisesti kartoittaa tyttöjen ennen murrosikää ilmenneitä ADHD-oireita sekä tunnistaa oireiden yleisimmät yhteisesiintyvyydet. Lisäksi selvitettiin, mitkä yleisimmistä oireista kuuluivat käytössä oleviin diagnoosikriteereihin (THL, 2012; APA, 2015), sekä mitkä olivat yleisimmät syyt hakeutua ADHD-tutkimuksiin. Aikaisemmin aikuisena ADHD-diagnosoitujen naisten raporttoimia lapsuusajan käyttäytymispiirteitä on tutkittu vain harvoin; Suomessa ei lainkaan. Tämän tutkielman tulosten mukaan tyttöjen yleisimmät ennen murrosikää ilmenneet ADHD-oireet käsittivät tarkkaavuuden säätelyä, epäjärjestelmällisyyttä, motorista levottomuutta sekä emotionaalista ja verbaalista impulsiivisuutta. Yleisimpiä käyttäytymispiirteitä raportoitiin usein esiintyvän yhdessä. Yleisimmin ilmenneistä oireista vain osa oli huomioitu terveydenhuollon käyttämissä diagnoosikriteereissä (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). Aikuisena ADHD-tutkimuksiin hakeuduttiin yleisimmin joko aikuisen itse tunnistettua omat oireensa, aikaisemmin diagnosoidun masennuksen vuoksi tai läheisiltä saadun palautteen seurauksena.

Tässä tutkielmassa tyttöjen yleisimmät ennen murrosikää ilmenneet ADHD-oireet ovat samansuuntaisia aiemman tutkimustiedon kanssa; tyttöjen ADHD-oireilun on todettu olevan enemmän sisäistä kuin ulospäin suuntaavaa (mm. Gaub & Carlson, 1997; Gershon, 2002; Norén Selinus ym., 2016). Epäjärjestelmällisyys ja järjestyksen ylläpidon vaikeus, kuten myös tavaroiden hukkaaminen sekä annettujen ohjeiden unohtaminen on tunnistettu ADHD-tytöille tyypillisiksi oireiksi (Quinn, 2005; Volkow & Swanson, 2013; Holthe & Langvik, 2017). Niin ikään ”vastaaminen ennen kysymyksen esittämistä loppuun” sekä ”keskeyttäminen päälle puhumalla” on linjassa olemassa olevan tutkimustiedon kanssa, jossa verbaalinen impulsiivisuus on tunnistettu ADHD-tytöille tyypilliseksi hyperaktiivisuuden ilmenemismuodoksi (Quinn, 2005; Grskovic & Zentall, 2010). Tunteiden voimakas vaihtelu tai emotionaalinen impulsiivisuus on Mowlemin ym. (2019) tutkimuksen mukaan yhtä olennainen osa ADHD:n ilmenemistä kuin kaksi tunnistettua ilmenemismuotoa (tarkkaamattomuus ja/tai hyperaktiivisimpulsiivisuus). Ylikeskittymiseen (hyperfocusing) rinnastettava uppoutuminen on tunnistettu ADHD:lle tyypilliseksi käyttäytymispiirteeksi (Conner, 1994; Brown, 2005), mutta tutkimuksista ei ilmene oireen yleisyys tyttöjen osalta. Sen sijaan ADHD-tyttöjen pienimuotoinen motorinen liikehdintä, joka tässä tutkielmassa oli kuvailtu kynällä naputteluna tai muilla esineillä leikkimisenä, on tunnistettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa yleiseksi piirteeksi ADHD-tytöille (Grskovic & Zentall, 2010; Abikoff ym., 2002).

Tämän tutkielman tulosten mukaan yleisimpiä käyttäytymispiirteitä raportoitiin usein yhdessä; mikäli vastaaja ilmoitti lykänneensä tylsien tai vaikeiden tehtävien aloittamista, hän todennäköisesti raportoi kuvaaviksi myös muita käyttäytymispiirteitä. Niiden oireiden osalta, joissa vastausjakauma oli suuri, oli kuitenkin selkeää yhteyttä muihin suuren vastausjakauman oireisiin. Selkein tällainen oire oli ”Juoksentelit, roikuit tai kiipeilit tilanteeseen nähden sopimattomalla tavalla” -käyttäytymiskuvaus, jonka tunnistaneet raportoivat todennäköisemmin olleensa myös tapaturmaherkkiä ja lähteneensä liikkeelle tilanteissa, joissa olisi pitänyt olla paikoillaan. Tulos viittaa yleisimpien ADHD-oireiden olevan enemmistölle tytöistä yhteisiä, mutta tiettyjen oireiden ilmenevän vain noin puolella ADHD-tytöistä. Näkyvien hyperaktiivisuusoireiden vähäisyys osalla vastaajista on linjassa aiemman tutkimustiedon kanssa, jonka mukaan ADHD-tytöt eivät liikehännän osalta juurikaan eronneet vertailuryhmän tytöistä (Abikoff ym., 2002). Aikaisempaa tutkimusta, jossa tyttöjen ADHD-oireiden yhteisesiintyvyyttä olisi tarkasteltu kuten tässä tutkielmassa, ei löytynyt.

Yleisimpiä oireita peilattaessa käytössä oleviin diagnoosikriteereihin (THL, 2012; APA, 2015), havaittiin vain kolmen oirekuvauksen olevan keskenään vertailukelpoisia. Merkilepantavaa on erityisesti ylikeskittymistä kuvaavan oireen puuttuminen molemmista diagnoosikriteereistä (THL, 2012; APA, 2015). Ylikeskittyminen on toisinaan liitetty tarkkaamattomuuteen (Brown, 2005; Chan, Fogler & Hammerness, 2016; ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019), mutta erityisesti ICD-10 (THL, 2012) painottaa keskittymiskyvyttömyyden olevan ”usein toistuvia epäonnistumisia huomion kiinnittämisessä yksityiskohtiin, toistuvia huolimattomuusvirheinä sekä usein toistuvia epäonnistumisia keskittymisessä leikkeihin” (THL, 2012). Tämän tutkielman tuloksissa yksityiskohtien ohittaminen oli huomattavasti harvemmin ilmennyt oire kuin yksityiskohtiin takertuminen, joka kuului vastaajien yleisimpien oireiden joukkoon. Suoraa vertailua mutkisti myös joidenkin oirekuvauksen tulkinnanvaraisuus ICD-10 (THL, 2012) ja DSM-5 (APA, 2015) diagnoosikriteereissä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että oirekäyttäytymisen määrää mittaessa tyttöjen oireilua ei tavoiteta riittävästi (Jämsä ym., 2015; Collett ym., 2003; Rucklidge, 2010). DSM-kriteereiden on arvioitu onnistuvan kuvaamaan paremmin poikien kuin tyttöjen ADHD-oireita (Ohan & Johnston, 2005), mikä selittää suurimman osan tässä tutkielmassa yleisiksi ilmoitettujen käyttäytymispiirteiden puuttumisen diagnoosikriteereistä. Tulosta voidaan myös selittää Mowlemin ym. (2019) tutkimushavainnoilla, joiden mukaan täyttääkseen diagnostiset kriteerit, tytöillä on oltava näkyviä käyttäytymisen haasteita ja/tai tunne-elämän ongelmia. Kuten aikaisempi tutkimus (Hong ym., 2014) on osoittanut: diagnostiset kriteerit perustuvat pojista tehtyihin tutkimuksiin.

Yleisimmät syyt ADHD-tutkimuksiin hakeutumiselle olivat samansuuntaisia aikaisemman tutkimuksen kanssa. Omien oireiden tunnistamisessa päätöstä hakeutua tutkimuksiin voi vauhdittaa paitsi lähisukulaisella todettu ADHD (Ginsberg ym., 2014), myös internetissä helposti saatavilla olevat testit (Saari ym., 2016) tai läheisiltä saatu palaute. Kuten aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu hyvin yleiseksi, myös tässä tutkielmassa monelle ADHD-naiselle oli tehty masennusdiagnoosi ennen ADHD-tutkimusten aloittamista (Kopp ym., 2010). Tämän tutkielman tulokset tukevat aikaisempia tutkimuksia, joiden mukaan aikuisena ADHD-tutkimuksiin ei yleensä hakeuduta tarkkaavuudensaätelyn, impulsiivisuuden tai hyperaktiivisuuden vuoksi, vaan todennäköisemmin emotionaalisten tai käyttäytymiseen liittyvien ongelmien vuoksi (Ginsberg ym., 2014; Fayyad ym., 2007; Asherson ym., 2012).

4.1 Tutkielman rajoitukset

Seuraavat seikat on otettava huomioon tarkasteltaessa tutkielman tuloksia. Ensinnäkin, tutkielman aineistonkeruu, joka ei täytä otoksen kriteerejä ja on siten tulkittavissa harkinnanvaraiseksi näytteeksi (Valli, 2015; Vehkalahti, 2019). Saatuja tuloksia ei voi yleistää laajemmin kaikkiin aikuisena ADHD-diagnosoituihin naisiin, vaan johtopäätökset tulisi rajoittaa kyselyyn vastanneisiin (Vehkalahti, 2019). Toiseksi on syytä muistaa, että sähköisen kyselylomakkeen kohdalla ei voida olla varmoja, kuka lomakkeeseen todella on vastannut (Valli, 2015). Aikuinen on omien ADHD-oireidensa ja niiden aiheuttaman haitan tärkein tiedonlähde, myös lapsuuden osalta (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). Kyselylomakearvio on kuitenkin aina yhden ihmisen arvio, joten tulokseen voivat vaikuttaa niin kysymysten tulkinta (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara & Sinivuori, 2009) kuin tässä retrospektiiviseen arvioon pohjatuvasa tutkimuksessa myös valikoiva muisti (Corbetta, 2003). Aikaisemmassa tutkimuksessa on myös ilmennyt, että lapsuuden ADHD-oireita raportoidessaan aikuiset saattavat liioitella tietyn tyyppisten oireiden esiintyvyydestä (Suhr ym., 2009; Kivisaari ym., 2012).

Kolmanneksi on huomioitava tutkielman aineiston erityispiirteet. Lomakkeen loppua kohti kasvava määrä tyhjäksi jätetyissä sekä ”en osaa sanoa” -vastauksissa viittaa kyselylomakkeen olleen liian pitkä ja viimeisten kysymysten osalta myös liian vaikeaselkoinen. Vallin (2018a) mukaan liian pitkän lomakkeen viimeisiin kysymyksiin vastataan ilman perusteellista pohdintaa, mikä heikentää tutkielman luotettavuutta. Luotettavuuden paran-

tamiseksi lomakkeen viimeiset kysymykset jätettiin alustavassa analyysivaiheessa tutkielmasta pois. Lomakkeen ulkoasussa ja rakenteessa pyrittiin huomioimaan koehenkilöiden tarkkaavuuden riittäminen, mutta valitettavasti lomakekysely oli osalle kohderyhmään kuuluvalla esteellinen. Erityisen vaikea kyselylomake oli niille vastaajille, joilla keskittymiskyvyn ylläpitämisen lisäksi on myös hahmottamisvaikeuksia. Vastaajista useampi toivoi haastattelututkimusta, jotta saisivat antaa äänensä kuuluviin ja siten osaltaan edistää ilmiön ymmärtämistä. Metodin vaikutus on huomioitava myös vastaajien ikäjakautaa tarkastellessa; sähköinen lomakekysely mahdollisesti vähensi kohderyhmän vanhemman ikäluokan edustavuutta. Verkkokyselyihin vastaamisessa on todettu eroja myös koulutuksen ja ammattikuntien välillä (Valli, 2015), mikä mahdollisesti osin selittää myös tämän tutkielman vastaajien väestöstä poikkeavaa koulutus- ja ammattikuntajakautaa. Väestöstä poikkeava jakauma alimmalla koulutustasolla voi osin selittyä myös kyselyn ikärajoituksella, jolla poissuljettiin yli 50-vuotiaat vastaajat. Tilastokeskuksen vuoden 2015 väestötilastossa, jossa koulutustilastoinnin lisäksi on eroteltu ikäryhmät, on vanhemmissa ikäryhmissä selvästi nuorempia ikäryhmiä enemmän perusasteen jälkeistä tutkintoa suorittamattomia (SVT, 2015), joten yläikäraja mahdollisesti karsi juuri alimman koulutusasteen vastaajia.

Neljänneksi rajoitteeksi on luettava aineistonkeruuvaiheessa tapahtunut saatekirjeen häviäminen E-lomakkeen linkkiä jaettaessa Facebookissa. Virhe havaittiin nopeasti ja saatekirje lisättiin jälkeempään, mutta mahdollisesti saatekirje ei tavoittanut kaikkia vastaajia. Lisäksi lomakkeen rakentamisessa tapahtui virhe maakuntia listatessa E-lomakkeeseen, minkä vuoksi vastausvaihtoehdoista puuttui Pohjois-Savo.

4.2 Johtopäätökset

Tyttöjen ADHD-oireiden tunnistaminen on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu haastavaksi (Gaub & Carlson, 1997; Nussbaum, 2012). Tässä tutkielmassa saadut tulokset viittaavat, että vaikka tyttöjen ADHD:ta on tutkittu aiempaa enemmän, ei terveydenhuollon käyttämissä diagnoosikriteereissä (ICD-10: THL, 2012; DSM-5: APA, 2015) edelleenkaan ole riittävästi huomioitu tytöillä ilmeneviä ADHD-oireita. Vaikka ADHD:n on tunnistettu olevan ilmenemismuodoiltaan monimuotoinen (Willcutt, 2012; Saari ym., 2016; Magnin & Maurs, 2017) on diagnostiikassa (ICD-10: THL, 2012; DSM-5: APA, 2015) kyetty huomioimaan vain osa tytöillä ilmenevistä oireista. Havainto ei ole ensimmäinen laatuaan, vaan samaan tulokseen on päädytty myös aikaisemmin (mm. Ohan & Johnston, 2005; Grskovic & Zentall, 2010; Hong ym., 2014). Ristiriitaisuus tutkimustiedon ja

diagnoosikriteerien välillä onkin mitä ilmeisemmin siinä, tulisiko diagnoosikriteereissä eritellä tyttöjen ja poikien oireet erikseen, kuten monessa tutkimuksessa on suositeltu (Ohan & Johnston, 2005; Hasson & Fine, 2012; Mowlem ym., 2019). Yleisiksi ilmoitettua käyttäytymiskuvauksista kummassakaan diagnoosikriteereissä (ICD-10: THL, 2012; DSM-5: APA, 2015) ei ole uppoutumista ja ajantajun menettämistä, tehtävänannon lukematta jättämistä, tunteiden vaihtelua eikä yksityiskohtiin takertumista. Tämän tutkielman tulosten perusteella, voidaan ehdottaa, että tyttöjen kohdalla myös näitä käyttäytymispiirteitä on syytä kysyä ja tarkastella ADHD-oireina.

Tulkinnallista ristiriitaisuutta diagnoosikriteerien (ICD-10: THL, 2012; DSM-5: APA, 2015) oirekuvauksissa ilmeni erityisesti uppoutumisen ja tehtävänannon lukematta jättämisen kanssa. DSM-5:n (APA, 2015) mukaan yksi tarkkaavuuden säätelyn oireista on, ettei lapsi ”näytä kuuntelevan suoraan puhuteltaessa”, mikä ei nimenomaisesti viittaa ylikeskittymiseen (Ashinoff & Abu-Akel, 2019). Samankaltaista tulkinnallista ristiriitaisuutta on myös diagnostiikan apuna käytettävissä mittareissa, joissa käyttäytymiskuvauksissa on ”haaveileva tai poissaoleva”, ”yksityiskohtiin jumiutuva” (DIVA 2.0; Kooij, 2013), ”on kuin muissa maailmoissa, päiväunelmoi”, ”jaksaa keskittyä ainoastaan itseä kiinnostavaan asiaan” ja ”kiinnittää huomion epäolennaiseen” (Kesky; Klenberg ym., 2010). Vaikka akateemisessa kirjallisuudessa on runsaasti viittauksia ylikeskittymisestä osana ADHD-oireita (Goodwin & Oberacker, 2011; Saari ym., 2016; Ozel-Kizil ym., 2016) on tutkimusta hyvin rajallisesti (Ashinoff & Abu-Akel, 2019). Selittäessä tehtävänannon lukematta jättämistä on kyseenalaista, ilmentääkö piirre tarkkaamattomuutta vai impulsiivisuutta. ICD-10:n (THL, 2012) ”Ohjeiden noudattaminen ja koulu-, koti- tai työtehtävien valmiiksi tekeminen epäonnistuvat usein” käsittävät ohjeiden noudattamista, mutta viittaa selvemmin tarkkaamattomuuteen ohjeita kerrottaessa tai heikkoon työmuistiin ohjeiden muistamisessa. Ulkopuolelta arvioidessa tehtävänannon lukematta jättäminen ja suoraan tehtävien teon aloittaminen tulkitaan mahdollisesti tarkkaamattomuudeksi, kun taas vastaaja itse saattaisi kuvata piirteen impulsiivisuudeksi; kiireeksi tai innokkuudeksi päästä tekemään tehtäviä. Oireen ilmenemistä tulisi tutkia tarkemmin, kuten myös muita yleisesti tarkkaamattomuuteen liitettyjä käyttäytymiskuvauksia (THL, 2012; Chan ym., 2016; ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019), joiden ilmentymisessä on mahdollisesti yhtä lailla kyse impulsiivisuudesta kuin tarkkaavuuden säätelystä.

Tässä tutkielmassa yleiseksi oireeksi ilmoitettu tunteiden voimakas vaihtelu voi olla myös jonkin samanaikaishäiriön oire, mikä voi selittää sen, ettei oiretta sellaisenaan ole liitetty osaksi ADHD:n kliinistä oirekuvaa ja diagnoosikriteereitä (ICD-10: THL, 2012; DSM-5: APA, 2015). Omaehtoisuutena, käytösongelmina sekä rajojen uhmaamisena ilmenevää

uhmakkuushäiriötä esiintyy yli puolella ADHD-lapsista (Sourander & Aronen, 2019), mutta tyttöjen käytöshäiriöt liitetään poikien käytöshäiriöitä herkemmin uhmakkuushäiriöön (Jackson & King, 2004). Koska tarkkaavuushäiriön on myös tunnistettu olevan riski myönteisen kiintymyssuhteen kehittymiselle (Sourander & Aronen, 2019) voidaan tunteiden voimakas vaihtelu päätellä johtuvan psykososiaalisesta stressitilanteesta lapsen elämässä, minkä ei kuitenkaan tulisi sulkea pois ADHD-diagnoosin mahdollisuutta (Quinn, 2008). Tunteiden voimakas vaihtelu, kuten herkästi itkeminen sekä raivokohaukset, yhdistettynä tarkkaamattomuuden kanssa ovat yhteydessä vaikeuksiin tulla toimeen muiden ihmisten kanssa (Mowlem ym., 2019), mikä mahdollisesti selittää sen, että myös tässä tutkielmassa suurin osa vastaajista raportoi vaikeuksia ystävyys-suhteiden ylläpitämisessä ja usein riitelyä sisarusten ja vanhempien kanssa. Vaikeudet sosiaalisissa suhteissa niin kotona kuin vertaistenkin kanssa, on tunnistettu yleiseksi ADHD-lapsilla (Hinshaw, 2002; Nijmeijer ym., 2008; Young & Myantheni Amarasinghe, 2010).

Tutkielman lukuisista rajoituksista huolimatta, tuo se jatkotutkimuksille suuntaa-antavaa tietoa ilmiöön liittyvistä tutkimusaukoista, joiden paikkaamisen voi katsoa olevan edellytys tyttöjen ADHD:n varhaisemmalla tunnistamiselle. Varhaisuoruuden on tunnistettu olevan erityisen herkkää aikaa ADHD-oireiden voimistumiselle (Murray ym., 2019), mutta varhainen tunnistaminen ja asianmukainen hoito auttaa ehkäisemään muiden ongelmien kertymistä (Biederman ym., 2010; Saari ym., 2016; Chan ym., 2016). Tämän tutkielman tulosten valossa on toivottavaa, että yleinen tietämys tyttöjen ADHD:n ilmenemisestä kasvaa ja seuraaviin päivitettyihin diagnostisiin tautiluokituksiin (ICD & DSM) on sisällytetty tyttöjen ADHD-oireet nykyistä paremmin.

Lähteet

- Abikoff, H., Jensen, P., Arnold, L., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S., Martin, D., Alvir, J., March, J., Hinshaw, S., Vitiello, B., Newcorn, J., Greiner, A., Cantwell, D., Conners, C., Elliott, G., Greenhill, L., Kraemer, H., Pelham, W., Severe, J., Swanson, J., Wells, K. & Wigal, T. (2002). *Observed Classroom Behavior of Children with ADHD: Relationship to Gender and Comorbidity*. Journal of Abnormal Child Psychology, 30(4), pp. 349-359. doi:10.1023/A:1015713807297
- ADHD (Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). Käypä hoito -suositus Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. Haettu 5.5.2020 osoitteesta www.käypähoito.fi.
- Airaksinen, E., Michelsson, K. & Jokela, V. (2004). *The occurrence of inattention, hyperactivity, impulsivity and coexisting symptoms in a population study of 471 6–8-year old children based on the FTF (Five to Fifteen) questionnaire*. European Child & Adolescent Psychiatry, 13(3), pp. iii23-iii30. doi:10.1007/s00787-004-3004-0
- Algorta, G., Dodd, A., Stringaris, A. & Youngstrom, E. (2016). *Diagnostic efficiency of the SDQ for parents to identify ADHD in the UK: A ROC analysis*. European Child & Adolescent Psychiatry, 25(9), pp. 949-957. doi:10.1007/s00787-015-0815-0
- American Psychiatric Association. (2015). *Neurodevelopmental Disorders: DSM-5® Selections*. American Psychiatric Association Publishing.
- Arnold, L. (1996). *Sex differences in ADHD: Conference summary*. Journal of Abnormal Child Psychology, 24(5), pp. 555-569. doi:10.1007/BF01670100
- Asherson, P., Akehurst, R., Kooij, J. J. S., Huss, M., Beusterien, K., Sasané, R., Gholizadeh, S. & Hodgkins, P. (2012). *Under Diagnosis of Adult ADHD: Cultural Influences and Societal Burden*. Journal of Attention Disorders, 16(5_suppl), pp. 20S-38S. doi:10.1177/1087054711435360
- Ashinoff, B., & Abu-Akel, A. (2019). *Hyperfocuss: the forgotten frontier of attention*. Psychological Research, 1–19. <https://doi.org/10.1007/s00426-019-01245-8>
- Babinski, D. E., Pelham, W. E., Molina, B. S., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Yu, J., Maclean, M. G., Wymbs, B. T., Sibley, M. H., Biswas, A., Robb, J. A. & Karch, K. M. (2011). *Late Adolescent and Young Adult Outcomes of Girls Diagnosed With ADHD in Childhood: An Exploratory Investigation*. Journal of Attention Disorders, 15(3), pp. 204-214. doi:10.1177/1087054710361586
- Barkley, R. (2002). *Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Journal Of Clinical Psychiatry, 63, pp. 10-15.
- Barkley, R. A. & Fischer, M. (2010). *The Unique Contribution of Emotional Impulsiveness to Impairment in Major Life Activities in Hyperactive Children as Adults*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49(5), pp. 503-513. doi:10.1016/j.jaac.2010.01.019
- Biederman, J. (2005). *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Selective Overview*. Biological Psychiatry, 57(11), pp. 1215-1220. doi:10.1016/j.biopsych.2004.10.020
- Biederman, J., Mick, E. & Faraone, S. (2000). *Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type*. American Journal Of Psychiatry, 157(5), pp. 816-818.

- Biederman, J., Petty, C. R., Monuteaux, M. C., Fried, R., Byrne, D., Mirto, T., Spencer, T., Wilens, T. E. & Faraone, S. V. (2010). *Adult psychiatric outcomes of girls with attention deficit hyperactivity disorder: 11-year follow-up in a longitudinal case-control study*. The American journal of psychiatry, 167(4), p. 409. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09050736
- Borg, A., Kaukonen, P., Salmelin, R., Joukamaa, M. & Tamminen, T. (2012). *Reliability of the Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish 4-9-year-old children*. Nordic Journal of Psychiatry, 66(6), pp. 403-413. doi:10.3109/08039488.2012.660706
- Brown, T. (2005). *Attention Deficit Disorder: The Unfocused Mind in Children and Adults*. In *Attention Deficit Disorder*. Yale University Press.
- Bussing, R., Fernandez, M., Harwood, M., Wei Hou, Garvan, C., Eyberg, S., & Swanson, J. (2008). *Parent and Teacher SNAP-IV Ratings of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms: Psychometric Properties and Normative Ratings From a School District Sample*. Assessment, 15(3), 317–328. <https://doi.org/10.1177/1073191107313888>
- Bussing, R., Mason, D. M., Bell, L., Porter, P. & Garvan, C. (2010). *Adolescent Outcomes of Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Diverse Community Sample*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49(6), pp. 595-605. doi:10.1016/j.jaac.2010.03.006
- Canela, C., Buadze, A., Dube, A., Eich, D. & Liebreinz, M. (2017). *Skills and compensation strategies in adult ADHD - A qualitative study*. (Research Article) (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)(Report). PLoS ONE, 12(9), p. e0184964. doi:10.1371/journal.pone.0184964
- Chan, E., Fogler, J. & Hammerness, P. (2016). *Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents A Systematic Review*. Jama-Journal Of The American Medical Association, 315(18), pp. 1997-2008. doi:10.1001/jama.2016.5453
- Collett, B. R., Ohan, J. L. & Myers, K. M. (2003). *Ten-Year Review of Rating Scales. V: Scales Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42(9), pp. 1015-1037. doi:10.1097/01.CHI.0000070245.24125.B6
- Conner, M. L. (1994). *Attention deficit disorder in children and adults: Strategies for experiential educators*. Retrieved from <https://eric.ed.gov/?id=ED377013>.
- Corbetta, P. (2003). *Social research: Theory, methods and techniques*. London: SAGE Publications, Ltd doi: 10.4135/9781849209922
- Derks, E., Hudziak, J. & Boomsma, D. (2007). *Why more boys than girls with ADHD receive treatment: A study of Dutch twins*. Twin Research and Human Genetics, 10(5), pp. 765-770. doi:10.1375/twin.10.5.765
- Dupaul, G. J., Weyandt, L. L., Rossi, J. S., Vilardo, B. A., O'dell, S. M., Carson, K. M., Verdi, G. & Swentosky, A. (2012). *Double-Blind, Placebo-Controlled, Crossover Study of the Efficacy and Safety of Lisdexamfetamine Dimesylate in College Students With ADHD*. Journal of Attention Disorders, 16(3), pp. 202-220. doi:10.1177/1087054711427299
- Dupuy, F. E., Clarke, A. R., Barry, R. J., McCarthy, R. & Selikowitz, M. (2014). *EEG Differences Between the Combined and Inattentive Types of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Girls: A Further Investigation*. Clinical EEG and Neuroscience, 45(4), pp. 231-237. doi:10.1177/1550059413501162
- Faraone, S. V., Biederman, J., Mick, E., Williamson, S., Wilens, T., Spencer, T., Weber, W., Jetton, J., Kraus, I., Pert, J. & Zallen, B. (2000). *Family Study of Girls With*

- Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. (Statistical Data Included). American Journal of Psychiatry, 157(7), p. 1077. doi:10.1176/appi.ajp.157.7.1077
- Faraone, S., Sergeant, J., Gillberg, C. & Biederman, J. (2003). *The Worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition?* World Psychiatry, 2(2), pp. 104-113.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo, G., Haro, J., Karam, E., Lara, C., Lepine, J.P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky, A. & Jin, R. (2007). *Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder*. British Journal Of Psychiatry, 190, pp. 402-409. doi:10.1192/bjp.bp.106.034389
- Frøehlich, T., Anixt, J., Loe, I., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L. & Gilman, R. (2011). *Update on Environmental Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Current Psychiatry Reports, 13(5), pp. 333-344. doi:10.1007/s11920-011-0221-3
- Gaub, M., & Carlson, C. (1997). *Gender Differences in ADHD: A Meta-Analysis and Critical Review*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36(8), 1036–1045. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00011>
- Geissler, J., Romanos, M., Hegerl, U. & Hensch, T. (2014). *Hyperactivity and sensation seeking as autoregulatory attempts to stabilize brain arousal in ADHD and mania?* ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 6(3), pp. 159-173. doi:10.1007/s12402-014-0144-z
- Gershon, J. & Gershon, J. (2002). *A Meta-Analytic Review of Gender Differences in ADHD*. Journal of Attention Disorders, 5(3), pp. 143-154. doi:10.1177/108705470200500302
- Ginsberg, Y., Quintero, J., Anand, E., Casillas, M. & Upadhyaya, H. (2014). *Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: A review of the literature*. Primary Care Companion For Cns Disorders, 16(3), . doi:10.4088/PCC.13r01600
- Gogtay, N., Giedd, J., Lusk, L. & Hayashi, K. (2004). *Dynamic mapping of human cortical development during childhood through early adulthood*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 101(21), pp. 8174-8179. doi:10.1073/pnas.0402680101
- Goodman, R. (1997). *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). *The Development and Well-Being Assessment: Description and Initial Validation of an Integrated Assessment of Child and Adolescent Psychopathology*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41(5), 645–655. <https://doi.org/10.1017/S0021963099005909>
- Goodwin, T. B., & Oberacker, H. (2011). *Navigating Adhd: Your Guide To The Flip Side Of Adhd*. Bloomington, Indiana: AuthorHouse.
- Gorlin, E. I., Dalrymple, K., Chelminski, I. & Zimmerman, M. (2016). *Diagnostic profiles of adult psychiatric outpatients with and without attention deficit hyperactivity disorder*. Comprehensive Psychiatry, 70, pp. 90-97. doi:10.1016/j.comppsy.2016.06.015
- Grskovic, J. & Zentall, S. (2010). *UNDERSTANDING ADHD IN GIRLS: IDENTIFICATION AND SOCIAL CHARACTERISTICS*. International Journal of Special Education, 25(1), p. 1.

- Hansson, S. L., Anckarsäter, H., Råstam, M., Hansson Scherman, M., Hansson Halle-röd, S. L. & Rastam, M. (2015). *Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult - a qualitative study*. *Bmc Psychiatry*, 15(1), . doi:10.1186/s12888-015-0410-4
- Hasson, R. & Fine, J. G. (2012). *Gender Differences Among Children With ADHD on Continuous Performance Tests: A Meta-Analytic Review*. *Journal of Attention Disorders*, 16(3), pp. 190-198. doi:10.1177/1087054711427398
- Hinshaw, S. P. (2002). *Preadolescent Girls With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: I. Background Characteristics, Comorbidity, Cognitive and Social Functioning, and Parenting Practices*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), pp. 1086-1098. doi:10.1037/0022-006X.70.5.1086
- Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Zalecki, C., Huggins, S. P., Montenegro-Nevado, A. J., Schrodek, E. & Swanson, E. N. (2012). *Prospective Follow-Up of Girls With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Into Early Adulthood: Continuing Impairment Includes Elevated Risk for Suicide Attempts and Self-Injury*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), pp. 1041-1051. doi:10.1037/a0029451
- Hinshaw, S., Owens, E., Sami, N., & Fargeon, S. (2006). *Prospective Follow-Up of Girls With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Into Adolescence: Evidence for Continuing Cross-Domain Impairment*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 489–499. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.3.489>
- Hirsch, O., Chavanon, M., Riechmann, E. & Christiansen, H. (2018). *Emotional dysregulation is a primary symptom in adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)*. *Journal of Affective Disorders*, 232, pp. 41-47. doi:10.1016/j.jad.2018.02.007
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. & Sinivuori, E. (2009). *Tutki ja kirjoita* (15. uud. p.). Helsinki: Tammi.
- Holthe, M. E. G. & Langvik, E. (2017). *The Strives, Struggles, and Successes of Women Diagnosed With ADHD as Adults*. *SAGE Open*, 7(1),. doi:10.1177/2158244017701799
- Hong, S., Dwyer, D., Kim, J., Park, E., Shin, M., Kim, B., Yoo, H., Cho, I., Bhang, S., Hong, Y., Pantelis, C., & Cho, S. (2013). *Subthreshold attention-deficit/hyperactivity disorder is associated with functional impairments across domains: a comprehensive analysis in a large-scale community study*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(8), 627–636. <https://doi.org/10.1007/s00787-013-0501-z>
- Huang, Y., Chen, N., Li, H., Wu, Y., Chao, C. & Guilleminault, C. (2004). *Sleep disorders in Taiwanese children with attention deficit/hyperactivity disorder*. *Journal of Sleep Research*, 13(3), pp. 269-277. doi:10.1111/j.1365-2869.2004.00408.x
- Isaksson, J., Ruchkin, V. & Lindblad, F. (2016). *Unseen and Stressed? Gender Differences in Parent and Teacher Ratings of ADHD Symptoms and Associations With Perceived Stress in Children With ADHD*. *Journal of Attention Disorders*. doi:10.1177/1087054716658381
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Dumenci, L., Rescorla, L. A., Almqvist, F., Weintraub, S., Bilenberg, N., Bird, H., Chen, W. J., Dobrean, A., Döpfner, M., Erol, N., Fombonne, E., Fonseca, A. C., Frigerio, A., Grietens, H. & Hannesdóttir, H. (2007). *Testing the 8-Syndrome Structure of the Child Behavior Checklist in 30 Societies*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(3), pp. 405-417. doi:10.1080/15374410701444363

- Jackson, D. & King, A. (2004). *Gender Differences in the Effects of Oppositional Behavior on Teacher Ratings of ADHD Symptoms*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(2), pp. 215-224. doi:10.1023/B:JACP.0000019772.71251.ff
- Joelsson, P., Chudal, R., Gyllenberg, D., Kesti, A., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Virtanen, J., Huttunen, J., Ristkari, T., Parkkola, K., Gissler, M. & Sourander, A. (2016). *Demographic Characteristics and Psychiatric Comorbidity of Children and Adolescents Diagnosed with ADHD in Specialized Healthcare*. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(4), pp. 574-582. doi:10.1007/s10578-015-0591-6
- Jämsä, S., Klenberg, L., Lahti-Nuuttila, P. & Hokkanen, L. (2015). *ADHD:n oireiden arviointi opettajan täyttämän kyselylomakkeen avulla*. *Psykologia*, 50 (04), 324-341.
- Kadesjö, B., Janols, L., Korkman, M., Mickelsson, K., Strand, G., Trillingsgaard, A. & Gillberg, C. (2004). *The FTF (Five to Fifteen): The development of a parent questionnaire for the assessment of ADHD and comorbid conditions*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(3), pp. iii3-iii13. doi:10.1007/s00787-004-3002-2
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T. & Van Brunt, D. L. (2007). *Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members*. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(2), pp. 52-65. doi:10.1002/mpr.208
- Kessler, R., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. & Walters, E. (2005). *The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population*. *Psychological Medicine*, 35(2), pp. 245-256. doi:10.1017/S0033291704002892
- Kivisaari, S., Laasonen, M., Leppämäki, S., Tani, P. & Hokkanen, L. (2012). *Retrospective Assessment of ADHD Symptoms in Childhood: Discriminatory Validity of Finnish Translation of the Wender Utah Rating Scale*. *Journal of Attention Disorders*, 16(6), pp. 449-459. doi:10.1177/1087054710397801
- Klenberg, L., Jämsä, S., Häyrynen, T., Lahti-Nuuttila, P. & Korkman, M. (2010). *The Attention and Executive Function Rating Inventory (ATTEX): Psychometric properties and clinical utility in diagnosing ADHD subtypes*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(5), pp. 439-448. doi:10.1111/j.1467-9450.2010.00812.x
- Kooij, J. (2013). *Adult ADHD Diagnostic Assessment and Treatment* (3rd ed.). Springer London. <https://doi.org/10.1007/978-1-4471-4138-9>
- Kopp, S., Kelly, K., & Gillberg, C. (2010). *Girls With Social and/or Attention Deficits: A Descriptive Study of 100 Clinic Attenders*. *Journal of Attention Disorders*, 14(2), 167–181. <https://doi.org/10.1177/1087054709332458>
- Lee, L., Harrington, R. A., Chang, J. J. & Connors, S. L. (2008). *Increased risk of injury in children with developmental disabilities*. *Research in Developmental Disabilities*, 29(3), pp. 247-255. doi:10.1016/j.ridd.2007.05.002
- Lubke, G. H., Hudziak, J. J., Derks, E. M., van Bijsterveldt, T. C. & Boomsma, D. I. (2009). *Maternal Ratings of Attention Problems in ADHD: Evidence for the Existence of a Continuum*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(11), pp. 1085-1093. doi:10.1097/CHI.0b013e3181ba3dbb
- Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M., & Partonen, T. (toim.). *Psykiatria* [online]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2020 (luettu 19.09.2020). Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): www.oppipoortti.fi/op/pkr00001.
- Magnin, E. & Maurs, C. (2017). *Attention-deficit/hyperactivity disorder during adulthood*. *Revue Neurologique*, 173(7-8), pp. 506-515. doi:10.1016/j.neurol.2017.07.008

- Mahone, E. M. & Wodka, E. L. (2008). *The neurobiological profile of girls with ADHD*. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(4), pp. 276-284. doi:10.1002/ddrr.41
- Mowlem, F., Agnew-Blais, J., Taylor, E. & Asherson, P. (2019). *Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms*. *Psychiatry Research*, 272, pp. 765-773. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.128
- Murray, A. L., Booth, T., Eisner, M., Auyeung, B., Murray, G. & Ribeaud, D. (2019). *Sex differences in ADHD trajectories across childhood and adolescence*. *Developmental science*, 22(1), p. e12721. doi:10.1111/desc.12721
- Musser, E. D., Galloway-Long, H. S., Frick, P. J. & Nigg, J. T. (2013). *Emotion Regulation and Heterogeneity in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(2), pp. 163-171.e2. doi:10.1016/j.jaac.2012.11.009
- Nijmeijer, J., Minderaa, R., Buitelaar, J., Mulligan, A., Hartman, C., & Hoekstra, P. (2008). *Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning*. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 692–708. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.10.003>
- Norén Selinus, E., Molero, Y., Lichtenstein, P., Anckarsäter, H., Lundström, S., Bottai, M. & Hellner Gumpert, C. (2016). *Subthreshold and threshold attention deficit hyperactivity disorder symptoms in childhood: Psychosocial outcomes in adolescence in boys and girls*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(6), pp. 533-545. doi:10.1111/acps.12655
- Nussbaum, N. L. (2012). *ADHD and Female Specific Concerns: A Review of the Literature and Clinical Implications*. *Journal of Attention Disorders*, 16(2), pp. 87-100. doi:10.1177/1087054711416909
- Närhi, V., & Klenberg, L. P. (2010). *ADHD - tutkimuksellinen mysteeri, käytännössä kaikille tuttu*. *NMI-bulletin*, 20(3), 29-38.
- Närhi, V., Karhu, A., Klenberg, L., Paanenen, M. & Puustjärvi, A. (2019). *Tarkkaavuuden, itsesäätelyn ja toiminnanohjauksen vaikeudet*. Teoksessa T. Ahonen, M. Aro, T. Aro, M.-K. Lerkkanen & T. Siiskonen (toim.), *Oppimisen vaikeudet* (1. painos; s. 360-373). Niilo Mäki Instituutti
- Ohan, J. & Johnston, C. (2005). *Gender Appropriateness of Symptom Criteria for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional-Defiant Disorder, and Conduct Disorder*. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(4), pp. 359-381. doi:10.1007/s10578-005-2694-y
- Ozel-Kizil, E. T., Kokurcan, A., Aksoy, U. M., Kanat, B. B., Sakarya, D., Bastug, G., Colak, B., Altunoz, U., Kirici, S., Demirbas, H. & Oncu, B. (2016). *Hyperfocusing as a dimension of adult attention deficit hyperactivity disorder*. *Research in Developmental Disabilities*, 59, pp. 351-358. doi:10.1016/j.ridd.2016.09.016
- Pettersson, R., Söderström, S. & Nilsson, K. W. (2018). *Diagnosing ADHD in Adults: An Examination of the Discriminative Validity of Neuropsychological Tests and Diagnostic Assessment Instruments*. *Journal of Attention Disorders*, 22(11), pp. 1019-1031. doi:10.1177/1087054715618788
- Pinkhardt, E. H., Kassubek, J., Brummer, D., Koelch, M., Ludolph, A. C., Fegert, J. M. & Ludolph, A. G. (2009). *Intensified testing for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in girls should reduce depression and smoking in adult females and the prevalence of ADHD in the longterm*. *Medical Hypotheses*, 72(4), pp. 409-412. doi:10.1016/j.mehy.2008.11.025

- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C. & Rohde, L. A. (2014). *ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis*. International Journal of Epidemiology, 43(2), pp. 434-442. doi:10.1093/ije/dyt261
- Posserud, M., Ullebo, A., Plessen, K., Stormark, K., Gillberg, C. & Lundervold, A. (2014). *Influence of assessment instrument on ADHD diagnosis*. European Child & Adolescent Psychiatry, 23(4), pp. 197-205. doi:10.1007/s00787-013-0442-6
- Quinn, P. O. (2005). *Treating adolescent girls and women with ADHD: Gender-Specific issues*. Journal of Clinical Psychology, 61(5), pp. 579-587. doi:10.1002/jclp.20121
- Quinn, P. O. (2008). *Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: An evolving picture*. Current psychiatry reports, 10(5), p. 419. doi:10.1007/s11920-008-0067-5
- Ramsay, J. R. & Rostain, A. L. (2005). *Girl, Repeatedly Interrupted: The Case of a Young Adult Woman With ADHD*. Clinical Case Studies, 4(4), pp. 329-346. doi:10.1177/1534650103259741
- Rettew, D., Van Oort, F., Verhulst, F., Buitelaar, J., Ormel, J., Hartman, C., Veenstra, R., Althoff, R.R. & Hudziak, J. (2011). *When parent and teacher ratings don't agree: The Tracking Adolescents' Individual Lives Survey (TRAILS)*. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 21(5), pp. 389-397. doi:10.1089/cap.2010.0153
- Rucklidge, J. J. (2010). *Gender Differences in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Psychiatric Clinics of North America, 33(2), pp. 357-373. doi:10.1016/j.psc.2010.01.006
- Saari, A., Sainio, M., & Leppämäki, S. (2016). *Aikuisen ADHD:n tunnistaminen ja merkitys*. Suomen lääkärilehti, 71(38), 2331-2336.
- Schredl, M., Bumb, J., Alm, B. & Sobanski, E. (2017). *Nightmare frequency in adults with attention-deficit hyperactivity disorder*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 267(1), pp. 89-92. doi:10.1007/s00406-016-0686-5
- Seixas, M., Weiss, M. & Müller, U. (2012). *Systematic review of national and international guidelines on attention-deficit hyperactivity disorder*. Journal of Psychopharmacology, 26(6), pp. 753-765. doi:10.1177/0269881111412095
- Sesar, K. (2014). *Attention deficit/hyperactivity disorder and comorbid disorders in 6-12 year old girls and boys*. Paediatrics Today, 10(1), pp. 28-42. doi:10.5457/p2005-114.86
- Seymour, K., Mostofsky, S. & Rosch, K. (2016). *Cognitive Load Differentially Impacts Response Control in Girls and Boys with ADHD*. Journal of Abnormal Child Psychology, 44(1), pp. 141-154. doi:10.1007/s10802-015-9976-z
- Sigfusdottir, I. D., Asgeirsdottir, B. B., Hall, H. A., Sigurdsson, J. F., Young, S. & Gudjonsson, G. H. (2017). *An epidemiological study of ADHD and conduct disorder: Does family conflict moderate the association? (Report) (Survey)*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52(4), p. 457. doi:10.1007/s00127-017-1352-6
- Skogli, E. W., Teicher, M. H., Andersen, P. N., Hovik, K. T. & Øie, M. (2013). *ADHD in girls and boys – gender differences in co-existing symptoms and executive function measures*. BMC Psychiatry, 13(1), . doi:10.1186/1471-244X-13-298
- Sourander, A. & Aronen, E. (toim.). *Psykiatria* [online]. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2019 (luettu 19.09.2020). Saatavilla Internetissä (vaatii käyttäjätunnuksen): www.oppiportti.fi/op/pkr02204.

- Su, Y., Wang, H., Geng, Y., Sun, L., Du, Y., Fan, F., & Su, L. (2015). *Parent Ratings of ADHD Symptoms in Chinese Urban Schoolchildren: Assessment With the Chinese ADHD Rating Scale–IV: Home Version*. *Journal of Attention Disorders*, 19(12), 1022–1033. <https://doi.org/10.1177/1087054712461177>
- Suhr, J., Zimak, E., Buelow, M. & Fox, L. (2009). *Self-reported childhood attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms are not specific to the disorder*. *Comprehensive Psychiatry*, 50(3), pp. 269-275. doi:10.1016/j.comppsy.2008.08.008
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön koulutusrakenne [verkkajulkaisu]. ISSN=1799-4586. 2018. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 5.7.2020].
Saantitapa: http://www.stat.fi/til/vkour/2018/vkour_2018_2019-11-05_tie_001_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön koulutusrakenne [verkkajulkaisu]. ISSN=1799-4586. 2015, Liitetaulukko 2. 15 vuotta täyttänyt väestö koulutusasteen ja ikäryhmän mukaan 2015 . Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 5.7.2020].
Saantitapa: http://www.stat.fi/til/vkour/2015/vkour_2015_2016-11-03_tau_002_fi.html
- Swanson, J. M., Kraemer, H. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Conners, C. K., Abikoff, H. B., Clevenger, W., Davies, M., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P. S., March, J. S., Newcorn, J. H., Owens, E. B., Pelham, W. E., Schiller, E., Severe, J. B & Simpson, S. (2001). *Clinical Relevance of the Primary Findings of the MTA: Success Rates Based on Severity of ADHD and ODD Symptoms at the End of Treatment*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), pp. 168-179. doi:10.1097/00004583-200102000-00011
- Taylor, M. J., Lichtenstein, P., Larsson, H., Anckarsäter, H., Greven, C. U. & Ronald, A. (2016). *Is There a Female Protective Effect Against Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? Evidence From Two Representative Twin Samples*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(6), pp. 504-512.e2. doi:10.1016/j.jaac.2016.04.004
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2012). *Psykiatrian luokituskäsikirja: Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit = Psykiatrisk klassifikation av sjukdomar : psykiatrirelaterade diagnoser i den finska sjukdomsklassifikationen ICD-10 (2. p.)*. [Helsinki]: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Thapar, A. & Cooper, M. (2016). *Attention deficit hyperactivity disorder*. *The Lancet*, 387(10024), pp. 1240-1250. doi:10.1016/S0140-6736(15)00238-X
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E. & Glasziou, P. (2015). *Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis*. *Pediatrics*, 135(4), p. e994. doi:10.1542/peds.2014-3482
- Tiedebarometri (2019): Tieteen tiedotus ry. <http://www.tieteentiedotus.fi/tiedebarometri.html>. (Viitattu 25.3.2020)
- Ullebø, A., Posserud, M., Heiervang, E., Obel, C. & Gillberg, C. (2012). *Prevalence of the ADHD phenotype in 7- to 9-year-old children: Effects of informant, gender and non-participation*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(5), pp. 763-769. doi:10.1007/s00127-011-0379-3
- Valli, R. (2015). *Johdatus tilastolliseen tutkimukseen (2. uudistettu painos)*. Jyväskylä: PS-kustannus.

- Valli, R. (2018A). Aineistonkeruu kyselylomakkeella. Teoksessa R. Valli & E. Aarnos (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 – Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle* (s. 92–105; 5. uudistettu painos). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Valli, R. (2018B). Numerot ja niiden tulkinta määrällisessä tutkimuksessa. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2 – Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin* (s. 248–259; 5. uudistettu painos). Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Vehkalahti, K. (2019). Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. [Helsinki]: [Helsingin yliopisto].
- Vitulano, M. L., Fite, P. J., Wimsatt, A. R., Rathert, J. L. & Hatmaker, R. S. (2012). *Gender differences in consequences of ADHD symptoms in a community-based organization for youth*. International Journal of Behavioral Development, 36(2), pp. 157-166. doi:10.1177/0165025411430776
- Volkow, N. D. & Swanson, J. M. (2013). *Adult Attention Deficit–Hyperactivity Disorder*. The New England Journal of Medicine, 369(20), pp. 1935-1944. doi:10.1056/NEJMc1212625
- Waite, R. (2010). *Women With ADHD: It Is an Explanation, Not the Excuse Du Jour*. Perspectives in Psychiatric Care, 46(3), 182–196. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00254.x>
- Ward, M. F., Wender, P. H., & Reimherr, F. W. (1993). *The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder*. The American journal of psychiatry, 150(6), 885–890. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.885>
- Willcutt, E. (2012). *The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review*. Neurotherapeutics, 9(3), pp. 490-499. doi:10.1007/s13311-012-0135-8
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V. & Pennington, B. F. (2005). *Validity of the Executive Function Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review*. Biological Psychiatry, 57(11), pp. 1336-1346. doi:10.1016/j.biopsych.2005.02.006
- World Health Organization: Classification. <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F90-F98>. (Viitattu 25.5.2020).
- Young, S. & Myanthy Amarasinghe, J. (2010). *Practitioner Review: Non-pharmacological treatments for ADHD: A lifespan approach*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51(2), pp. 116-133. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02191.x
- Øie, M., Hovik, K. T., Andersen, P. N., Czajkowski, N. O. & Skogli, E. W. (2018). *Gender Differences in the Relationship Between Changes in ADHD Symptoms, Executive Functions, and Self- and Parent-Report Depression Symptoms in Boys and Girls With ADHD: A 2-Year Follow-Up Study*. Journal of attention disorders, 22(5), p. 446. doi:10.1177/1087054716664407

Liitteet

LIITE 1. Käyttäytymistä koskevien kysymysten perusteet.

Käyttäytymiskuvaus	Kysymyksen teoriaperusta	Onko käytössä nykyisissä arviointinetytelmissä?
Tehtävänannon lukematta jättäminen	Chan ym., 2016	DIVA 2.0
Liikkuminen tilanteissa, joissa olisi pitänyt olla paikoillaan	Young & Myanthe Amarasinghe, 2010	VIIVI/FTF, ADHD-RS, DIVA 2.0, SNAP-IV 26, ASEBA, DAWBA. Kesky
Vastaaminen ilman puheenvuoroa	Pinkhardt ym., 2009	DIVA 2.0, Kesky, DAWBA
Vaikeus odottaa omaa vuoroa	Barkley, 2002	VIIVI/FTF, ADHD-RS, DIVA 2.0, SNAP-IV 26, Kesky, DAWBA
Keskeyttäminen päälle puhumalla	Grskovic & Zentall, 2010	ADHD-RS, DIVA 2.0, SNAP-IV 26, Kesky, DAWBA
Juoksentelu, roikkuminen, kiipeily tilanteeseen sopimattomalla tavalla	Chan ym., 2016	VIIVI/FTF, ADHD-RS, DIVA 2.0, SNAP-IV 26, DAWBA
Pulpetin tai koulupöydän siisteys ja järjestys	Volkow & Swanson, 2013	DIVA 2.0, WURS
Kynällä naputtelu tai muilla esineillä leikkiminen	Grskovic & Zentall, 2010	VIIVI/FTF, DIVA 2.0, Kesky, SDQ-Fin
Vaikeus muistaa annettuja ohjeita	Willcutt, 2012	VIIVI/FTF, ADHD-RS, DIVA 2.0
Uppoutuminen ja ajantajan menettäminen	Chan ym., 2016	(DIVA 2.0)
Vaatteiden vaihtaminen useita kertoja päivässä	Young & Myanthe Amarasinghe, 2010	
Iltaisin nukahtaminen	Geissler, Romanos, Hegerl & Hensch, 2014; Huang ym., 2004	
Huoneen pitäminen siistinä	Ramsay & Rostain, 2005	DIVA 2.0
Itkuherkkyys	Barkley & Fischer, 2010	SDQ-Fin, ASEBA
Raivokohtaukset	Barkley, 2002	VIIVI/FTF, SDQ-Fin, WURS, SNAP-IV 26
Vanhempien kanssa riitely	Babinski ym., 2011	VIIVI/FTF, ASEBA, WURS
Painajaisunet	Schredl, Bumb, Alm & Sobanski, 2017	VIIVI/FTF, ASEBA
Sisarusten kanssa riitely	Barkley, 2002	DIVA 2.0, ASEBA
Työsiien tai vaikeiden tehtävien aloittamisen lykkääminen	Ramsay & Rostain, 2005	VIIVI/FTF, ADHD-RS, DIVA 2.0, SNAP-IV 26, Kesky, DAWBA, ASRS
Ystävyyssuhteiden ylläpitämisen vaikeus	Mowlem ym., 2019	VIIVI/FTF, DIVA 2.0, ASEBA, WURS, DAWBA
Asioiden jankkaaminen	Chan ym., 2016	DIVA 2.0, ASEBA

Tunteiden vaihtelu	Musser, Galloway-Long, Frick & Nigg, 2013	VIIVI/FTF, ASEBA, WURS
Yksityiskohtiin takertuminen	Chan ym., 2016	DIVA 2.0, Kesky
Vastaaminen ennen kysymyksen esittämistä loppuun	Pinkhardt ym., 2009	VIIVI/FTF, ADHD-RS, DIVA 2.0, SNAP-IV 26, DAWBA
Huonekalujen paikkojen vaihtaminen	Barkley & Fischer, 2010	
Riidan haastaminen tylsistyneenä	Young & Myanthy Amarasinghe, 2010	
Tapaturmaherkkyys	Lee, Harrington, Chang & Connors, 2008	DIVA 2.0, ASEBA
Tavaroiden hukkaaminen	Chan ym., 2016	VIIVI/FTF, ADHD-RS, DIVA 2.0, SNAP-IV 26, DAWBA, Kesky
Kynsien pureskelu	Grskovic & Zentall, 2010	DIVA 2.0, ASEBA
Ahdistuminen, kun pyydetään olemaan paikoillaan	Young & Myanthy Amarasinghe, 2010	
Hiusten hypistely	Grskovic & Zentall, 2010	DIVA 2.0, SDQ-Fin
Ristiriitatilanteisiin ajautuminen	Vitulano, Fite, Wimsatt, Rathert & Hatmaker, 2012	VIIVI/FTF, SDQ-Fin, ASEBA, WURS
Asioiden murehtiminen	Quinn, 2008	SDQ-Fin, ASEBA, WURS, DAWBA
Epäonnistumisista itsensä soimaaminen	Ramsay & Rostain, 2005	DIVA 2.0
Vaikeus olla ilmaisematta mielipidettään	Grskovic & Zentall, 2010	VIIVI/FTF, DIVA 2.0
Uusista asioista innostuminen	Barkley & Fischer, 2010	
Yksityiskohtien ohittaminen	Chan ym., 2016	ADHD-RS, Kesky
Nopeasti kyllästyminen	Grskovic & Zentall, 2010	DIVA 2.0

LIITE 2. ADHD:n tunnistamiseen liittyvien kysymysten perusteet.

Käsitykset	Kysymyksen teoriaperusta	
Ennen murrosikää tunnistetun ADHD:n vaikutus itsetunnon kehittymiseen	Murray ym., 2019	Biederman ym., 2010
ADHD tuonut elämään hyvää/huonoa	Hansson ym., 2015	Canela, Buadze, Dube, Eich & Liebreinz, 2017
ADHD:n merkitys aikaansaavuudelle ja tehokkuudelle	Holthe & Langvik 2017	Canela ym., 2017
ADHD:n tunnistaminen lapsuudessa	Biederman ym., 2010	Norén Selinus ym., 2016
Rutiinien ja aikataulujen yhteys turvallisuuden tunteeseen	Canela ym., 2017	
Läheisten suhtautuminen diagnoosiin ja vaikeuksien todenperäisyyteen	Holthe & Langvik 2017	
ADHD:n tunnistamisen positiivinen vaikutus itsetuntoon	Holthe & Langvik 2017	Barkley, 2002

LIITE 3. Ilmenneiden oireiden keskiarvot (ka) ja keskihajonnat (kh).

Muuttuja	ka	kh
Tylsien tai vaikeiden tehtävien aloittamisen lykkääminen	1.83	.509
Uppoutuminen ja ajantajun menettäminen	1.75	.567
Huoneen pitäminen siistinä	1.67	.739
Kynällä naputtelu tai muilla esineillä leikkiminen	1.61	.743
Tehtävänannon lukematta jättäminen	1.53	.787
Vaikeus muistaa annettuja ohjeita	1.51	.846
Tavaroiden hukkaaminen	1.51	.856
Tunteiden vaihtelu	1.42	.891
Vastaaminen ennen kysymyksen esittämistä loppuun	1.34	.942
Yksityiskohtiin takertuminen	1.28	.927
Pulpetin tai koulupöydän siisteys ja järjestys	1.27	1.106
Asioiden jankkaaminen	1.18	.991
Huonekalujen paikkojen vaihtaminen	1.18	1.105
Keskeyttäminen päälle puhumalla	1.10	1.106
Vaikeus odottaa omaa vuoroa	1.09	1.121
Itkuherkkyys	1.04	1.149
Iltaisin nukahtaminen (käännetty)	.96	1.186
Painajaisunet	.94	1.120
Sisarusten kanssa riitely	.94	1.108

Muuttuja	ka	kh
Vastaaminen ilman puheenvuoroa	.86	1.206
Ystävyyssuhteiden ylläpitämisen vaikeus	.80	.991
Vanhempien kanssa riitely	.75	1.163
Tapaturmaherkkyys	.74	1.269
Raivokohtaukset	.62	1.234
Riidan haastaminen tylsistyneenä	.38	1.208
Liikkuminen tilanteissa, joissa olisi pitänyt olla paikoillaan	.34	1.200
Vaatteiden vaihtaminen useita kertoja päivässä	.31	1.229
Juoksentelu, roikkuminen, kiipeily tilanteeseen sopimattomalla tavalla	.29	1.229
Yksityiskohtien ohittaminen	.20	.608
Nopeasti kyllästyminen	.20	.474
Hiusten hypistely	.17	.504
Asioiden murehtiminen	.15	.496
Ahdistuminen, kun pyydetään olemaan paikoillaan	.14	.743
Uusista asioista innostuminen	.11	.375
Ristiriitatilanteisiin ajautuminen	.09	.786
Epäonnistumisista itsensä soimaaminen	.09	.439
Vaikeus olla ilmaisematta mielipidettä	.08	.635
Kynsien pureskelu	-.14	.663

LIITE 4. Käyttäytymiskuvausten vastausjakaumat

Käyttäytymiskuvaus/ADHD-oire	Kuvaa	Ei kuvaa	EOS/ puuttuu
Uppoutuminen ja ajantajun menettäminen	95,6 %	1,4 %	3,1 %
Tylsien tai vaikeiden tehtävien aloittamisen lykkääminen	95,3 %	0,8 %	3,9 %
Huoneen pitäminen siistinä	92,8 %	4,7 %	2,5 %
Tehtävänannon lukematta jättäminen	91,1 %	5,0 %	3,9 %
Kynällä naputtelu tai muilla esineillä leikkiminen	90,6 %	3,3 %	6,1 %
Tavaroiden hukkaaminen	90,0 %	7,2 %	2,8 %
Vaikeus muistaa annettuja ohjeita	88,6 %	6,1 %	5,3 %
Tunteiden vaihtelu	86,1 %	6,9 %	6,9 %
Vastaaminen ennen kysymyksen esittämistä loppuun	83,6 %	8,6 %	7,8 %
Yksityiskohtiin takertuminen	81,4 %	7,2 %	11,4 %
Pulpetin tai koulupöydän siisteys ja järjestys	80,8 %	16,1 %	3,1 %
Asioiden jankkaaminen	78,6 %	10,3 %	11,1 %
Vaikeus odottaa omaa vuoroa	78,3 %	18,6 %	3,1 %
Keskeyttäminen päälle puhumalla	78,3 %	17,5 %	4,2 %
Huonekalujen paikkojen vaihtaminen	77,8 %	15,8 %	6,4 %
Itkuherkkyys	75,3 %	19,7 %	5,0 %
Painajaisunet	71,9 %	18,9 %	9,2 %
Ystävyyssuhteiden ylläpitämisen vaikeus	71,1 %	25,3 %	3,6 %
Sisarusten kanssa riitely	70,8 %	18,1 %	11,1 %
Vastaaminen ilman puheenvuoroa	70,6 %	25,6 %	3,9 %
Iltaisin nukahtaminen	69,7 %	21,1 %	9,2 %
Vanhempien kanssa riitely	68,6 %	25,8 %	5,6 %
Tapaturmaherkkyys	65,3 %	31,1 %	3,6 %
Raivokohtaukset	61,7 %	31,9 %	6,4 %
Liikkuminen tilanteissa, joissa olisi pitänyt olla paikoillaan	55,0 %	40,6 %	4,4 %
Juoksentelu, roikkuminen, kiipeily tilanteeseen sopimattomalla tavalla	51,7 %	43,6 %	4,4 %
Riidan haastaminen tylsistyneenä	50,3 %	36,4 %	13,3 %
Vaatteiden vaihtaminen useita kertoja päivässä	48,6 %	41,1 %	10,3 %
Ahdistuminen, kun pyydetään olemaan paikoillaan	35,3 %	21,4 %	43,3 %
Ristiriitatilanteisiin ajautuminen	35,3 %	26,7 %	38,1 %
Yksityiskohtien ohittaminen	30,6 %	10,3 %	59,2 %
Vaikeus olla ilmaisematta mielipidettään	24,2 %	16,4 %	59,4 %
Nopeasti kyllästyminen	23,3 %	3,1 %	73,6 %
Hiusten hypistely	22,5 %	5,6 %	71,9 %
Asioiden murehtiminen	20,8 %	5,8 %	73,3 %
Kynsien pureskelu	15,8 %	29,7 %	54,4 %
Epäonnistumisista itsensä soimaaminen	14,7 %	5,3 %	80,0 %
Uusista asioista innostuminen	13,3 %	1,9 %	84,7 %

LIITE 5. Ristiintaulukoidut %-osuudet oireiden yhteisesiintyvyydestä (raja 30%).

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.
1.	91																											
2.	53	55																										
3.	68	48	71																									
4.	75	52	67	78																								
5.	75	50	65	71	78																							
6.	49	39	44	48	46	52																						
7.	76	44	60	65	66	43	81																					
8.	84	51	66	73	73	47	73	91																				
9.	83	51	64	71	70	48	73	82	89																			
10.	87	52	67	74	75	49	78	87	85	96																		
11.	46	30	38	41	40	28	38	45	44	46	49																	
12.	64	42	51	56	56	38	57	64	63	67	36	70																
13.	86	52	66	74	74	48	78	84	82	89	45	66	93															
14.	69	42	54	59	60	39	61	68	67	73	39	53	71	75														
15.	58	39	49	52	52	38	51	56	56	59	33	48	58	51	62													
16.	63	43	54	58	58	39	56	63	62	66	38	49	66	54	53	69												
17.	67	42	53	59	59	41	58	65	65	70	39	53	68	58	47	52	72											
18.	64	41	52	57	58	39	57	65	63	68	36	54	67	56	48	54	56	71										
19.	88	53	67	75	75	50	77	88	85	92	47	67	90	72	59	67	69	68	95									
20.	66	39	51	57	57	38	58	66	64	68	36	51	68	56	46	51	53	53	69	71								
21.	74	46	61	65	66	44	65	73	72	76	41	57	74	62	53	58	60	58	76	58	79							
22.	80	51	64	70	71	47	71	79	78	83	45	62	82	69	58	64	65	64	83	63	73	86						
23.	76	46	60	65	66	43	65	76	73	79	42	60	77	64	53	58	62	59	79	60	70	74	81					
24.	79	51	66	71	72	46	69	78	76	81	45	60	78	65	55	61	63	60	81	61	71	77	71	84				
25.	73	46	58	63	64	42	63	72	70	75	44	56	73	63	50	56	60	55	75	57	63	69	66	68	78			
26.	48	35	41	44	44	33	42	48	47	49	31	38	48	41	40	42	38	40	49	39	44	48	45	47	44	50		
27.	61	41	51	55	54	43	56	60	59	63	36	50	62	52	46	49	52	51	64	49	56	60	56	57	53	39	65	
28.	84	51	66	74	73	49	76	83	80	86	44	64	87	69	58	64	66	64	88	65	73	79	75	78	71	48	62	90

1. Tehtävänannon lukematta jättäminen; 2. Liikkuminen tilanteissa, joissa olisi pitänyt olla paikoillaan; 3. Vastaaminen ilman puheenvuoroa; 4. Vaikeus odottaa omaa vuoroa; 5. Keskeyttämisen päälle puhumalla; 6. Juoksentelu, roikkuminen, kiipeily tilanteeseen sopimattomalla tavalla; 7. Pulpetin tai koulupöydän siisteys ja järjestys; 8. Kynällä naputtelu tai muilla esineillä leikkiminen; 9. Vaikeus muistaa annettuja ohjeita; 10. Uppoutuminen ja ajanlajun menettäminen; 11. Vaatteiden vaihtaminen useita kertoja päivässä; 12. Iltaisin nukahtaminen; 13. Huoneen pitämisen siistinä; 14. Itkuherkkyys; 15. Raivokohtaukset; 16. Vanhempien kanssa riitely; 17. Painajaisunet; 18. Sisarusten kanssa riitely; 19. Työsiis tai vaikeiden tehtävien aloittamisen lykkaaminen; 20. Ystävyyssuhteiden ylläpitämisen vaikeus; 21. Asioiden jankkaaminen; 22. Tunteiden vaihtelu; 23. Yksityiskohtiin takertuminen; 24. Vastaaminen ennen kysymyksen esittämistä loppuun; 25. Huonekalujen paikkojen vaihtaminen; 26. Riidan haastaminen tylistyneenä; 27. Tapaturmaherkkyys; 28. Tavaroiden hukkaaminen

LIITE 6. Saatekirje.

Arvoisa vastaaja,

Teen erityispedagogiikan pro gradu -tutkielmaa Helsingin yliopiston Kasvatustieteellisessä tiedekunnassa. Tutkielmani käsittelee tyttöjen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriötä. Tutkimuksen tarkoitus on lisätä tutkimukseen perustuvaa tietoa ADHD:sta keräämällä tietoa aikuisena ADHD-diagnosoitujen naisten omakohtaisista kokemuksista ja näkemyksistä ennen murrosikää. Lisäksi kartoitan niitä syitä, jotka johtivat aikuisena ADHD-tutkimuksiin hakeutumiseen.

Toteuttaakseni tutkielmani tarvitsen Teidän apuanne. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja osallistumisen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Vastauksia käsitellään luottamuksellisesti ja vastaajat pysyvät anonyymeina koko tutkimuksen ajan. Tutkimusaineisto säilytetään luottamuksellisesti, eikä sitä anneta ulkopuolisten käyttöön.

Alla on linkki sähköiseen kyselyyn, joka avautuu internetselaimella sekä mobiililaitteella. Kyselylomake koostuu pääasiallisesti monivalintakysymyksistä, jotka on ryhmitelty kuudelle sivulle. Vastaamiseen kuluu aikaa noin 10-15 minuuttia. Toivon, että vastaisitte kyselyyn perjantaihin, 24. huhtikuuta 2020 mennessä.

Pääset kyselyyn alla olevasta linkistä:

<https://elomake.helsinki.fi/lomakkeet/104547/lomake.html>

Kiitos vastauksistanne!

Venla Ylikopsa
erityispedagogiikan pääaineopiskelija
venla.ylikopsa@helsinki.fi

Kasvatustieteellinen tiedekunta
Helsingin yliopisto